

XVIII^E CONGRÈS

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

(DIJON, 3-8 AOUT 1908)

Président : M. le docteur CULLERRE (de la Roche-sur-Yon).

Secrétaire général : M. le docteur GARNIER (de Dijon).

[Depuis l'année 1900, la *Revue Neurologique* consacre chaque année un fascicule spécial aux *Comptes rendus analytiques du Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France* et des pays de langue française. Afin de faciliter les recherches scientifiques, il n'est pas tenu compte de l'ordre des séances. Ce compte rendu comprend :

- 1° Les *Rapports*, avec les discussions et communications y afférentes;
- 2° Les *Communications diverses*, réparties sous les rubriques : *Neurologie, Psychiatrie et Assistance*.

La *Revue Neurologique* adresse ses remerciements au Président, au Secrétaire général, ainsi qu'à tous les membres du Congrès pour l'obligeance avec laquelle ils ont facilité sa tâche.]

Le XVIII^e Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française s'est ouvert à DIJON, le lundi 3 août, à 9 heures du matin, à l'Hôtel-de-Ville, dans la salle des États de Bourgogne, sous la présidence de M. DUMONT, maire de Dijon, assisté de M. JULES ALEXANDRE, Secrétaire général du Préfet de la Côte-d'Or, de M. BLUZET, Inspecteur général, délégué du Ministre de l'Intérieur, de M. BOIRAC, recteur de l'Université de Dijon, et de MM. JULES MAGNIN, sénateur, président du Conseil général de la Côte-d'Or, CUNISSET-CARNOT, premier président de la Cour.

M. DUMONT, maire de Dijon, souhaite la bienvenue aux congressistes.

M. BLUZET, inspecteur général, fait des vœux pour le succès du Congrès.

M. le docteur CULLERRE, Président du Congrès, prononce le discours inaugural. Il étudie, au point de vue neuro-psychiatrique, d'après les mémoires de l'époque, les principaux personnages de la cour de Louis XIV.

La première séance a eu lieu le lundi 3 août, à 2 heures de l'après-midi, dans la salle des Actes de l'Université de Dijon.

Ont été nommés Présidents d'honneur : MM. JULES MAGNIN, sénateur de la Côte-d'Or; CUNISSET-CARNOT, premier président de la Cour; BLUZET, inspecteur général, représentant le ministre de l'Intérieur; BRIENS, préfet de la Côte-d'Or; DUMONT, maire de Dijon; BOIRAC, recteur de l'Université de Dijon; M. le doyen de la Faculté des Lettres; M. le doyen de la Faculté des Sciences; M. le doyen de la Faculté de Droit de Dijon; M. le directeur de l'École de Médecine de Dijon.

M. BOIRAC, recteur de l'Université de Dijon, prononce une allocution de bienvenue.

Le bureau du Congrès est ainsi constitué :

Président : M. le docteur CULLERRE; *vice-président* : M. le docteur VALLON; *secrétaire général* : M. le docteur S. GARNIER; *secrétaires des séances* : MM. CASTIN et DUFOUY.

Des réceptions ont été offertes aux Congressistes : le lundi 3 août, par la Société des Sciences médicales de la Côte-d'Or; le mercredi 5 août par l'Asile des Aliénés de Dijon.

Des excursions ont été faites à Fontaine-Française, à Vougeot, à Beaune, à Bussy-Rabutin et Flavigny. Le Congrès a également visité les fouilles d'Alise-Sainte-Reine (ancienne *Alésia*), sous la direction de M. le professeur MATRUCHOT, de M. le docteur ADRIEN SIMON, président, et de plusieurs membres de la Société des Sciences de Semur.

Après la dislocation, les membres du Congrès ont fait individuellement des excursions dans le Morvan.

L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE du Congrès s'est réunie le mardi 4 août, à la suite de la séance de l'après-midi.

En l'absence de M. LONG, Secrétaire général du Congrès de Genève (1907), M. HENRY MEIGE, Secrétaire permanent, fait connaître les résultats budgétaires du Congrès de Genève.

L'Assemblée générale est appelée ensuite à voter pour le choix du siège du prochain Congrès (1909), de son vice-président, des sujets qui feront l'objet de Rapports et des Rapporteurs.

Le siège du prochain Congrès (XIX^e) sera *Nantes*, avec M. le docteur VALLON (de Paris) comme *Président*, et M. le docteur MIRALLIÉ (de Nantes), comme *Secrétaire général*.

L'Assemblée désigne ensuite au scrutin secret, comme *Vice-Président*, M. le docteur KLIPPEL (de Paris).

Les questions suivantes feront l'objet de Rapports :

Psychiatrie : *Les furies en psychiatrie*. — Rapporteur : M. le docteur VICTOR PARENT fils (de Toulouse).

Neurologie : *Les Chorées chroniques*. — Rapporteur : M. le docteur SAINTON (de Paris).

Médecine légale : Les aliénés dans l'armée au point de vue médico-légal. — Rapporteurs : MM. les docteurs GRANJUX (de Paris) et RAYNEAU (d'Orléans).

Pour chacun des deux premiers Rapports il est fixé un maximum de 50 pages d'impression. Pour le troisième Rapport, qui comporte deux Rapporteurs, chacun d'eux ne peut disposer que de 40 pages d'impression.

L'Assemblée générale a procédé au remplacement de deux des membres de son Comité permanent, dont les noms, conformément au règlement, ont été tirés au sort. Les membres sortants sont : MM. RAYMOND et VALLON.

Ont été nommés, en remplacement, par un vote au scrutin secret : MM. GILBERT BALLET et DENV.

Le Comité permanent du Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française se compose des membres suivants : MM. ARNAUD, GILBERT BALLET, CROCQ, DENV, GIRAUD, RÉGIS, et de MM. CULLERRE, président du Congrès de 1908 (Dijon), et VALLON, président du Congrès de 1909 (Nantes). — Secrétaire permanent : M. HENRY MEIGE.

DISCOURS INAUGURAL

PAR

M. Cullerre, Président du Congrès.

Coup d'œil médico-psychologique sur le monde de la cour au temps de Louis XIV.

[Voici, de cette intéressante étude richement documentée en curieuses anecdotes finement interprétées par l'auteur, un résumé que celui-ci a eu l'obligeance de rédiger spécialement pour la *Revue Neurologique*. Cette dernière tient à l'en remercier très vivement.]

Des liens étroits rattachent la médecine mentale à la sociologie et surtout à l'histoire. Déjà de nombreux travaux ont rendu ces relations évidentes et contribué aux progrès des sciences historiques et de la pathologie mentale. Je me propose d'ajouter une contribution modeste à ces travaux en vous priant de jeter avec moi, au point de vue médico-psychologique, un coup d'œil sur le monde de la cour au temps de Louis XIV.

I. — PSYCHOSES.

Les écrits du temps nous fournissent des exemples intéressants de psychoses pure.

Les moins nombreux répondent au diagnostic de confusion mentale. Mme de Sévigné décrit ainsi la maladie de Berrier, confident de Colbert, homme haï et méprisé pour le rôle qu'il joua dans le procès Fouquet : « Berrier est devenu fou, mais au pied de la lettre; c'est-à-dire qu'après avoir été saigné excessivement, il ne laisse pas d'être en fureur. Il parle de potence, de roue, il choisit des arbres exprès; il dit qu'on le veut pendre; il fait un bruit si épouvantable qu'il le faut tenir et lier. »

Saint-Simon nous a conservé l'observation d'un neveu de Colbert, le marquis de Maulévrier, qui se tua dans un accès de folie furieuse, survenu au cours d'une tuberculose pulmonaire et laryngée. Déséquilibré et impulsif, il se compromet en témoignant, vis-à-vis de la duchesse de Bourgogne, une passion violente. Fagon l'envoya en Espagne pour se soigner, mais au retour de ce voyage, il se brisa le crâne dans un accès de *fièvre chaude*, en se précipitant par une fenêtre.

Mme Desmarests, femme du surintendant des finances, devint folle au cours d'une variole et tomba en démence.

De beaucoup les plus nombreux sont les cas de folie héréditaire. En voici quelques exemples mémorables :

Loménie de Brienne, secrétaire d'Etat des affaires extérieures, homme d'une intelligence brillante, mais déséquilibré et dénué de sens moral, après avoir réussi admirablement à la cour et dans son ministère, tomba en disgrâce pour avoir triché au jeu du roi. A la mort de sa femme il se fait prêtre de l'Oratoire, mais est bientôt chassé de l'ordre pour inconduite. On dut l'enfermer dans un couvent où il mourut. Sa folie, dit Saint-Simon, ne l'empêcha pas d'écrire beaucoup de poésies parfaitement belles sur ses malheurs. Son fils fut aussi enfermé pour cause d'aliénation mentale.

Une destinée lamentable fut celle de la famille du célèbre ministre Hugues de Lionne. Sa femme mourut folle après une vie de dissipation extrême et de prodigalités. Son fils aîné ne put remplir aucune des charges que lui conféra la faveur royale et mourut complètement aliéné. Son second fils, prieur de Saint-Martin-des-Champs, après une vie de débauches et de désordres, fut mis en tutelle et isolé dans son prieuré où il passa le reste de sa vie à avaler tous les matins vingt pintes d'eau de rivière. Sa fille, la marquise de Cœuvres, vécut comme sa mère et n'eut pas meilleure réputation qu'elle.

Le cas de Claire de Maillé-Brézé, épouse du grand Condé, nièce du cardinal de Richelieu, en qui l'histoire reconnaît un névropathe et un homme de génie, pose une fois de plus le passionnant problème des parentés du génie et de la folie. Vers 40 ans, elle fut atteinte de délire de la persécution et on dut l'interner comme folle à Châteauroux en 1671. Elle était fille de Nicolle de Richelieu, sœur du grand cardinal, devenue folle au même âge. Elle fut mère de Henri-Jules de Condé, atteint, lui aussi, de mélancolie avec idées de négation. Elle était nièce enfin d'Alphonse de Richelieu, frère aussi du célèbre cardinal, personnage mystique, bizarre et scrupuleux, ayant eu des bouffées de délire mégalomane.

II. — NÉVROPATHIES.

L'épilepsie convulsive n'est guère compatible avec la vie de courtisan, mais sous ses formes variées, elle peut se glisser dans les milieux les plus choisis.

M. de la Châtre, lieutenant-général des armées, étant un jour à la Comédie à Versailles, se mit tout d'un coup à tirer l'épée, à s'imaginer voir les ennemis, à crier, à commander et à vouloir faire le moulinet sur les comédiens et sur la compagnie. Cette crise n'était pas la première. Déjà, chez le prince de Conti, qui avait la goutte et en éprouva une extrême frayeur, il s'était mis soudain à vouloir charger les ennemis en poussant des cris et en estocadant contre les meubles et le paravent. Il eut depuis quantité d'autres accès qui ne le séquestrèrent ni du monde ni de la cour.

Bien que l'hystérie ne soit pas non plus une maladie de cour, on en trouve un certain nombre d'exemples dans les écrits du temps. Sourche a décrit une crise convulsive de Mme de Nenneterre, gouvernante des filles de Madame ; Bosuet nous a révélé celles de Mme de Montespan. Saint-Simon nous a raconté le cas de la maréchale de Clérembault, gouvernante de la reine d'Espagne, qui pendant un an fut frappée de mutisme hystérique, et celui de la duchesse de Charost qui, atteinte d'*akinesia algera*, mourut après dix ans de maladie sans avoir pu être remuée de son lit, voir aucune lumière, ouïr le moindre bruit, ni changer de linge plus de deux ou trois fois l'an.

On pourrait citer de nombreux cas de neurasthénie constitutionnelle, de psychasthénie et d'hypocondrie, au sein de cette société si spéciale. Mme de Sévigné en rapporte des exemples aussi nombreux que pittoresques : « Mlle de Méry (sa parente), écrit-elle, est sans fièvre, mais si accablée de ses maux ordinaires et de ses vapeurs, si épuisée qu'elle fait pitié... Il y a un peu de difficulté à l'entretenir; elle se révolte aisément contre les moindres choses, alors qu'on prend les meilleurs tons. »

Une quantité de troubles nerveux étaient désignés sous le nom de vapeurs. Une foule de *vaporeux* entouraient la célèbre marquise de La Fayette, qui, elle-même, était atteinte de nervosisme vague. Un des *vaporeux* les plus célèbres de la fin du dix-septième siècle fut l'abbé Têtu, ancien aumônier du roi, membre de l'Académie française, ami de Mme de Montespan et de Mme de Maintenon. « L'abbé Têtu, écrivait Mme de Sévigné, a des vapeurs qui l'occupent et toutes ses amies; ce sont des insomnies qui passent les bornes... il se fait des points de fièvre des moindres choses; il sent son état, et c'est une douleur. »

Ce neurasthénique était encore affligé de tics qui, à chaque instant, lui démontraient tout le visage. Le nom d'autres tiqueurs de la cour de Louis XIV nous a été aussi conservé, tels que ceux de M. de Molac et M. de Cauvisson. Saint-Simon a décrit le singulier tic de mastication dont était affligée la marquise de Puisieux qui, en une année, rongea pour cent mille écus de point de Gènes à ses manchettes et à ses collets.

III. — IMPULSIONS.

Une des formes de l'impulsivité morbide qui est de tous les temps et de tous les milieux, est le suicide. Nous en avons relevé de nombreux cas parmi lesquels figurent en première ligne le comte de la Vauguyon, ambassadeur et conseiller d'État, qui, tombé en disgrâce, se tira, dans une crise de trouble mental, deux coups de pistolet; celui de du Bordage, officier des armées, qui s'empoisonne par désespoir d'amour; et enfin celui du prince de Courtenay, descendant de Louis le Gros, qui, sans qu'on sût pourquoi, se brûla la cervelle en 1723.

Les tendances dipsomaniaques étaient fréquentes chez les dames du plus grand monde. Tel fut le cas de la marquise de Richelieu, femme déséquilibrée et sans moralité; de Mlle de Blois, fille de Louis XIV, et femme du Régent; de la duchesse de Berry, sa fille; de Mme de Vendôme, petite-fille du grand Condé. Bien que les abus de vin et d'eau-de-vie fussent de règle à cette époque parmi les hommes titrés, ainsi qu'en témoigne Labruyère, je n'ai recueilli parmi eux aucun cas d'alcoolisme authentique.

IV. — OBSESSIONS.

Nous trouvons, dans les écrits du temps, des échantillons de presque toutes les formes classées d'obsessions et de phobies.

Mlle de Saint-Hérain avait peur de l'orage. Quand il tonnait, elle se fourrait à quatre pattes sous un lit et faisait coucher tous ses gens dessus.

Le maréchal de Montrevel avait la phobie du sel renversé et mourut quelques jours après un accident de ce genre qui lui arriva chez le duc de Biron et qui avait troublé le peu de tête qu'il avait.

Mme d'Haudicourt craignait les esprits jusqu'à avoir des femmes à gages pour la veiller toutes les nuits. Son fils, ivrogne à l'excès, avait la même manie.

Mme de Sablé était le type le plus complet du phobique que l'on pût voir. Elle se faisait aussi veiller la nuit et, par frayeur des maladies, se livrait aux excentricités les plus extraordinaires.

Mme de Chalais « s'aimait tellement » qu'elle s'évanouissait si elle venait seulement à souhaiter quelque chose qu'elle ne pût avoir; elle était en outre atteinte de doute morbide et de claustrophobie.

La marquise de Saint-Ange était tourmentée de la crainte des contacts, ce qui l'entraînait à des pratiques d'une bouffonnerie rabelaisienne. Bazin de Lunéville avait la crainte des chiens enragés et avait recours, pour se préserver, à des pratiques d'un ridicule achevé.

V. — MYSTICISME.

Dans les âmes prédisposées au mysticisme, la forte imprégnation religieuse que recevaient les esprits du dix-septième siècle avait des effets divers, bien que également excessifs. D'étranges susceptibilités de conscience naissaient dans certaines imaginations de grands seigneurs : le maréchal d'Ornano, gouverneur de Gaston d'Orléans, n'osait pas toucher à une femme ayant nom Marie. Le duc de Mazarin défendit à toutes les filles et femmes de ses domaines de traire les vaches, pour éloigner d'elles les mauvaises pensées que cela pouvait leur donner.

Mme de Vaubrun, après la mort de son mari, tué à l'affaire d'Altenheim, se retira dans un couvent avec le cœur du défunt qu'elle exposa sur une crédence, entre deux bougies, et adora du matin au soir sans qu'on pût la distraire de cette singulière attitude.

La marquise d'Alègre, un beau jour, oubliant enfants, mari et famille, quitte furtivement son hôtel, se rend à Rouen et cherche à s'embarquer pour les Indes, afin d'imiter les saints Pères du désert.

En dehors de ces manifestations morbides du mysticisme, on observait souvent ces coups de la grâce qui font les conversions subites, parmi lesquelles on peut citer celle de du Charmel, grand courtisan et grand joueur, qui quitta brusquement la cour pour revêtir le cilice à pointes de fer; celle de la marquise de Créquy, la plus mondaine et la plus galante des femmes; celle de la marquise de Montespan, etc.

A côté des crises de conscience profondes et définitives, il s'en produisait de moins sérieuses; c'était comme une mode et une sorte d'engouement; citons la princesse d'Harcourt, Mme de Thianges, Mme de Morans, le comte de Tréville, le cardinal de Retz et Turenne lui-même...

VI. — EXCENTRICITÉS. DÉPRAVATION MORALE.

Chez ces grands seigneurs placés en dehors de la loi commune, l'excentricité florissait à l'aise.

Le duc de Vendôme, d'une saleté insigne et affectée, recevait sur sa chaise percée dont le bassin servait aussi à lui faire la barbe. La princesse d'Harcourt se soulageait au sortir de table, et, n'ayant pas le loisir de gagner la porte, salissait le chemin d'une effroyable trainée. Elle trichait effrontément et n'en allait pas moins communier après une nuit passée à jouer. Le duc de Mazarin avait trois cents procès à la fois ; mystique et bizarre, il se laissait dépouiller par les moines ; sous prétexte de décence il barbouillait les plus beaux tableaux et mutilait les plus belles statues ; il voulait faire arracher des dents à ses filles, parce qu'elles étaient belles, etc.

Le chapitre des intrigues galantes et des extravagances des princesses et autres grandes dames ne s'est pas seulement ouvert de nos jours, témoins la grande duchesse de Toscane, fille de Gaston d'Orléans, la duchesse de Berry et les nièces de Mazarin, Mmes Colonne, Mazarin, de Soissons, de Bouillon.

Il y avait, dans la magnifique impudeur de quelques-unes de ces femmes, comme un souvenir des mœurs de la Renaissance ; même remarque en ce qui concerne les étranges équipées de certains grands aventuriers de cette époque, par exemple l'abbé de Watteville, successivement prêtre, chartreux, musulman, pacha turc, archevêque et finalement abbé prébendé de plusieurs abbayes et courtisan considéré.

L'inversion sexuelle sous ses diverses formes existait alors et l'abbé d'Entraques en fut un type très pur. Il s'habillait communément en femme, travaillait à des ouvrages de femme et recevait au lit, selon la mode usitée par les femmes de qualité, affublé de coiffes et de rubans.

VII. — QUELQUES RÉFLEXIONS.

Cette rapide revue suggère quelques remarques.

Et d'abord, dans ce milieu si spécial de la cour, nous constatons une véritable rareté de psychoses accidentelles, infectieuses ou toxiques : pas d'alcoolisme, pas de folie puerpérale, pas de paralysie générale bien qu'alors on bût beaucoup, qu'on ignorât la propreté la plus élémentaire, qu'on eût la syphilis et que les maladies infectieuses fussent plus fréquentes qu'aujourd'hui. L'élément pathogénique exogène ou endogène des psychoses, infection, virus, toxique, n'a donc pas l'importance presque exclusive qu'on est porté actuellement à lui attribuer. Ces privilégiés, par contre, étaient, de par leur genre de vie, moins désarmés qu'on ne l'est de nos jours de lutte pour la vie contre le choc des causes morales qui sont peut-être, dans la majorité des cas, les seules causes véritablement déterminantes des psychoses aiguës.

Nous n'avons pas davantage recueilli de psychoses systématiques pures alors que, dans un milieu différent, nous avons de nombreuses preuves qu'elles étaient fréquentes. Libre de toute entrave sociale, la déséquilibration mentale originelle, chez les grands seigneurs, s'éparpillait en excentricités parfois énormes, au lieu de se concentrer, comme chez les humbles, en véritables délires.

Ce qui caractérise, en définitive, la pathologie mentale de cette époque et de ce milieu, c'est le déséquilibre constitutionnel du système nerveux, la folie

héréditaire et la dégénérescence mentale sous ses multiples aspects. Tous les exemples cités au cours de cette étude tendent à démontrer cette prédominance presque exclusive des manifestations psychiques de la tare héréditaire.

1^{er} RAPPORT

PSYCHIATRIE

Des Troubles Psychiques par perturbation des Glandes à Sécrétion interne

PAR

M. Laignel-Lavastine (de Paris).

L'importance de l'intoxication et surtout de l'auto-intoxication dans les maladies en général est un fait universellement admis. Et l'on sait, depuis les beaux travaux de Régis, le grand rôle joué par cette auto-intoxication dans les affections mentales.

L'auto-intoxication résulte de mécanismes complexes, dont les sécrétions internes sont des facteurs cardinaux par les modifications qu'elles apportent au milieu intérieur.

Si la sécrétion interne est une fonction de tout tissu et de toute cellule, si on l'a mise en évidence dans des glandes nettement caractérisées par leur sécrétion externe (foie, rein, pancréas), il existe d'autres organes encore mal connus dans leurs détails et dont la sécrétion interne paraît dominer à tel point la physiologie qu'on les nomme souvent glandes à sécrétion interne. Ce sont les perturbations de ces organes que le rapporteur se propose d'étudier dans leurs relations avec les troubles psychiques, et l'objet de son mémoire est précisément l'essai d'une démonstration de l'existence de troubles psychiques par perturbation des sécrétions internes.

Pour cette démonstration, on peut recueillir, dans les services de médecine générale, des observations de troubles psychiques dans les syndromes glandulaires, ou réunir, dans les services d'aliénés, des observations de troubles glandulaires dans les affections mentales. On est ainsi amené, dans une double série de faits, à remonter d'une part de la glande au cerveau, et d'autre part à revenir du cerveau à la glande. Cette double façon d'envisager les faits, exempte de théorie, paraît la méthode de travail la mieux appropriée à l'étude d'un ensemble de questions nouvelles, qu'il faut sinon résoudre, du moins envisager avec netteté.

Il ne saurait être question ici de reproduire les nombreux faits accumulés dans ce rapport. Avant de les résumer, il est bon de donner un aperçu de l'ordonnance de ce travail. En voici le plan général :

PREMIÈRE PARTIE

Les troubles psychiques dans les syndromes glandulaires.

CHAPITRE PREMIER. — LES TROUBLES PSYCHIQUES DANS LES SYNDROMES THYROIDIENS.

A) Données anatomo-physiologiques.

B) Faits pathologiques.

I. — *Les troubles psychiques dans les syndromes d'insuffisance thyroïdienne.*

1° L'état mental des myxœdémateux.

2° Les troubles psychiques dans les syndromes frustes d'hypothyroïdie (infantilisme, arriération physique et mentale, hypothyroïdie bénigne chronique ou syndrome d'Hertoghe, tempérament hypothyroïdien, neurasthénie hypothyroïdienne).

II. — *Les troubles psychiques dans les syndromes d'excitation thyroïdienne.*

1° Les troubles psychiques des basedowiens (état psychique habituel des basedowiens, psychoses chez les basedowiens). — Les faits et l'interprétation.

2° Les troubles psychiques dans les syndromes de la série basedowienne ou d'hyperthyroïdie (basedow fruste, hyperthyroïdie bénigne chronique, hyperthyroïdie minima : tempérament hyperthyroïdien).

III. — *Les troubles psychiques dans les perturbations thyroïdiennes complexes et encore discutées.*

CHAPITRE II. — LES TROUBLES PSYCHIQUES DANS LES SYNDROMES PARATHYROIDIENS.

A) Données anatomo-physiologiques.

B) Faits pathologiques.

I. — *Les troubles psychiques du myxœdème thyro-parathyroïdien.*II. — *Les troubles psychiques dans la tétanie parathyroïdienne.*III. — *Les troubles psychiques dans l'éclampsie.*

C) Réflexions.

CHAPITRE III. — LES TROUBLES PSYCHIQUES DANS LES SYNDROMES THYMIQUES.

A) Données anatomo-physiologiques.

B) Faits pathologiques.

C) Réflexions.

CHAPITRE IV. — LES TROUBLES PSYCHIQUES DANS LES SYNDROMES HYPOPHYSAIRES.

A) Données anatomo-physiologiques.

B) Faits pathologiques.

I. — *Les troubles psychiques des géants et des acromégaliques.*

1° Les troubles psychiques chez les géants.

2° Les troubles psychiques chez les acromégaliques.

II. — *Les troubles psychiques dans l'insuffisance hypophysaire.*

C) Réflexions.

CHAPITRE V. — LES TROUBLES PSYCHIQUES DANS LES SYNDROMES SURRÉNAUX.

A) Données anatomo-physiologiques.

B) Faits pathologiques.

I. — *Troubles psychiques des addisoniens.*II. — *Troubles psychiques dans l'insuffisance surrénale aiguë ou subaiguë.*III. — *Troubles psychiques dans l'artériosclérose surrénalogène.*

C) Réflexions.

CHAPITRE VI. — LES TROUBLES PSYCHIQUES DANS LES SYNDROMES OVARIENS.

A) Données anatomo-physiologiques.

B) Faits pathologiques.

I. — *Troubles psychiques de la puberté.* (Psychologie de la jeune fille à la puberté, psychoses de la puberté).II. — *Troubles psychiques de la menstruation* (État mental pendant la menstruation, troubles psychiques élémentaires, psychoses).III. — *Troubles psychiques de la grossesse* (Troubles psychiques élémentaires, psychoses).IV. — *Troubles psychiques post-partum* (psychoses post-partum ou puerpérales proprement dites, psychoses de la lactation).V. — *Troubles psychiques de la castration* (troubles psychiques élémentaires, psychoses après castration chirurgicale).VI. — *Troubles psychiques de la ménopause* (état mental des femmes à la ménopause, psychoses de la ménopause).

C) Réflexions.

CHAPITRE VII. — LES TROUBLES PSYCHIQUES DANS LES SYNDROMES TESTICULAIRES.

A) Données anatomo-physiologiques.

B) Faits pathologiques.

I. — *Troubles psychiques à la puberté* (troubles psychiques élémentaires, psychoses).II. — *Troubles psychiques à l'âge critique.*III. — *Troubles psychiques des castrats* (castration dans l'enfance, castration de l'adulte).IV. — *Troubles psychiques dans les arrêts pathologiques du développement génital.*V. — *Troubles psychiques dans les affections génito-urinaires de l'homme.*VI. — *Troubles psychiques des infantiles.*

C) Réflexions.

CHAPITRE VIII. — LES TROUBLES PSYCHIQUES DANS LES SYNDROMES PROSTATIQUES.

A) Données anatomo-physiologiques.

B) Faits pathologiques.

C) Réflexions.

CHAPITRE IX. — LES TROUBLES PSYCHIQUES DANS LES SYNDROMES SALIVAIRES.

CHAPITRE X. — LES TROUBLES PSYCHIQUES DANS LES SYNDROMES PLURIGLANDULAIRES.

A) Données anatomo-physiologiques.

- I. — *Les relations glandulaires de la thyroïde* (rapports thyro-parathyroïdiens, thyro-thymiques, thyro-hypophysaires, thyro-surrénaux, thyro-ovariens, thyro-testiculaires, thyro-prostatiques).
- II. — *Relations glandulaires des parathyroïdes.*
- III. — *Relations glandulaires du thymus* (rapports thymo-hypophysaires, thymo-ovariens, thymo-testiculaires).
- IV. — *Relations glandulaires de l'hypophyse* (rapports surréno-hypophysaires, hypophyso-ovariens, hypophyso-testiculaires).
- V. — *Relations glandulaires des surrénales.*
- VI. — *Appendice : relations glandulaires des glandes mammaires, salivaires, etc.* (rapports thyro, hypophyso, surréno, ovaro-mammaires; rapports thyro, testiculo-salivaires).

B) Faits pathologiques.

- I. — *Les troubles psychiques dans les syndromes pluriglandulaires à prédominance thyroïdienne.*
- II. — *Les troubles psychiques dans les syndromes pluriglandulaires à prédominance hypophysaire.*
- III. — *Les troubles psychiques dans les syndromes pluriglandulaires à prédominance génitale.*
- IV. — *Les troubles psychiques dans les syndromes pluriglandulaires sans prédominance marquée.*

C) Réflexions.

SECONDE PARTIE

Les troubles glandulaires dans les syndromes psychiques.

CHAPITRE PREMIER. — LES TROUBLES GLANDULAIRES DANS LES SYNDROMES DE DÉBILITÉ CÉRÉBRALE.

CHAPITRE II. — LES TROUBLES GLANDULAIRES DANS LES SYNDROMES DÉLIRANTS.

- I. — *Les troubles glandulaires chez les maniaques.*
- II. — *Les troubles glandulaires chez les mélancoliques.*
- III. — *Les troubles glandulaires chez les confus.*
- IV. — *Les troubles glandulaires chez les délirants « constitutionnels ».*

CHAPITRE III. — LES TROUBLES GLANDULAIRES DANS LES SYNDROMES DÉMENTIELS.

- I. — *Les troubles glandulaires chez les paralytiques généraux.*
- II. — *Les troubles glandulaires chez les déments précoces.*
- III. — *Les troubles glandulaires chez les autres déments.*

CHAPITRE IV. — LES TROUBLES GLANDULAIRES DANS LES SYNDROMES NEURO-PSYCHIQUES

- I. — *Les troubles glandulaires chez les épileptiques.*
- II. — *Les troubles glandulaires chez les nerveux.*
- III. — *Les troubles glandulaires chez les hystériques.*
- IV. — *Les troubles glandulaires chez les neurasthéniques.*
- V. — *Les troubles glandulaires chez les psychasthéniques.*

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS.

PREMIÈRE PARTIE

LES TROUBLES PSYCHIQUES DANS LES SYNDROMES GLANDULAIRES

Des syndromes liés aux perturbations des glandes à sécrétion interne (thyroïde, parathyroïdes, thymus, surrénales, organes parasymphatiques, hypophyse, ovaires, testicules), les uns sont individualisés, les autres indéterminés ou inconnus. Ainsi les rapports du myxœdème et du goitre exophtalmique avec la thyroïde, du syndrome d'Addison avec les surrénales, du gigantisme et de l'acromégalie avec l'hypophyse, sont classiques. Les troubles de la vie génitale de la femme liés à la glande interstitielle de l'ovaire et au corps jaune et l'infantilisme lié à la thyroïde sont acceptés par la plupart des auteurs. Les relations de certains nervosismes et les troubles trophiques avec la thyroïde, de la tétanie avec les parathyroïdes, paraissent devoir être admis.

Les rapports de causalité entre le trouble glandulaire et le tableau clinique sont donc, selon les cas, certains, probables, ou possibles ; le tableau clinique lui-même est classique, défini, ou à peine indiqué. Dans ces conditions on conçoit que, pour la clarté et par crainte de trop sacrifier à l'hypothèse, dans chaque chapitre consacré à une glande, à côté des faits cliniques organisés en syndromes classiques et nettement caractérisés, M. Laignel-Lavastine place ceux qui se réduisent à quelques symptômes dont les liens avec la perturbation glandulaire sont probables, sans être rigoureusement démontrés.

I. — *Les troubles psychiques dans les syndromes thyroïdiens.*

Il est indiqué de considérer d'abord les syndromes thyroïdiens, car la thyroïde est la moins mal connue des glandes à sécrétion interne.

Son étude a suscité des travaux innombrables, et les troubles psychiques ont été constatés dans l'hyperthyroïde comme dans l'hypothyroïde.

L'insuffisance thyroïdienne, selon qu'elle est congénitale ou acquise, totale et complète ou partielle et incomplète, retentit sur le développement et le fonctionnement du cerveau dans des proportions aujourd'hui bien connues chez les différents types de myxœdémateux. L'arrêt du développement psychique comme du physique dépend de l'âge auquel l'atrophie thyroïdienne est survenue et du degré de son insuffisance. On trouve donc tous les degrés possibles depuis l'idiotie myxœdémateuse jusqu'à la forme la plus atténuée de l'infantilisme myxœdémateux sans trouble intellectuel, myxœdème partiel de Brissaud.

Quant aux troubles psychiques qu'on relève dans les formes non myxœdémateuses de l'insuffisance thyroïdienne, ils doivent être interprétés à part. Ces formes constituent des syndromes (infantilisme, arriération physique et mentale, syndrome d'Hergotze d'hypothyroïdie bénigne chronique, tempérament hypothyroïdien, neurasthénie thyroïdienne), dans lesquels, l'allure psychique imprime au tableau morbide une tonalité assez caractéristique.

Considérés dans une vue d'ensemble, les troubles psychiques dans les syndromes d'insuffisance thyroïdienne forment deux groupes : dans le premier, les troubles psychiques myxœdémateux font partie intégrante du tableau clinique et dépendent directement de l'insuffisance thyroïdienne.

Dans le second groupe, la ressemblance de certains traits cliniques des syndromes avec le myxœdème fait soupçonner l'insuffisance thyroïdienne, que

l'expérimentation rend tout à fait probable ; les troubles psychiques paraissent eux aussi liés à une insuffisance thyroïdienne plus ou moins légère, mais la seule preuve qu'on en ait, le résultat thérapeutique est discutable, car d'une part tout ce qui cède à l'opothérapie thyroïdienne ne fait pas partie nécessairement du syndrome d'hypothyroïdie et, d'autre part, pour juger de l'état curateur, la contre-épreuve est impossible.

Les *syndromes d'excitation thyroïdienne* se divisent en deux classes, syndromes de Basedow classiques et syndromes de la série basedowienne ou d'hyperthyroïdie.

Dans l'un comme dans l'autre cas, les troubles psychiques revêtent la forme habituelle des psychoses d'intoxication. La ressemblance des psychoses toxithyroïdiennes expérimentales avec les troubles psychiques des basedowiens permet de penser que ceux-ci sont sous la dépendance d'une intoxication thyroïdienne.

On voit en somme que les syndromes thyroïdiens sont dans deux conditions différentes en rapport avec les troubles psychiques.

D'une part, il est des troubles psychiques élémentaires qui font partie intégrante, les uns, du myxœdème, et les autres du syndrome de Basedow. La constance de ces troubles permet de dire qu'ils sont causés par les perturbations de la thyroïde.

D'autre part, il est des troubles complexes, des syndromes psychiques, des psychoses qui coexistent assez souvent avec les syndromes thyroïdiens. Cette coexistence, très rare chez les myxœdémateux, est plus fréquente chez les basedowiens.

La perturbation humorale spécifique, c'est-à-dire thyroïdienne, intoxiquant l'encéphale, produit, selon son intensité et la résistance cérébrale, soit des troubles élémentaires, soit des psychoses.

Les troubles psychiques élémentaires, surtout marqués dans les domaines affectifs et volontaires, sont en quelque sorte à l'opposé les uns des autres, selon qu'ils font partie de la série myxœdémateuse ou de la série basedowienne.

Les psychoses, dont les diverses modalités ne sont que l'exagération des troubles psychiques élémentaires, rentrent dans l'allure générale des psychoses toxiques, la confusion mentale.

II. — *Les troubles psychiques dans les syndromes parathyroïdiens.*

La tétanie et l'éclampsie répondent à l'insuffisance parathyroïdienne.

Les troubles psychiques dans la tétanie sont terminaux ; ils consistent en agitation excessive avec délire. Leur rapport avec la tétanie est variable et contingent. Si un rapport est possible entre les troubles psychiques dans la tétanie parathyroïdienne et l'insuffisance des glandes parathyroïdes, la démonstration n'en est pas encore donnée.

Dans l'éclampsie les troubles psychiques consistent soit en simples troubles élémentaires, soit en psychoses constituées. On connaît l'état de rêve et de confusion mentale légère des éclamptiques.

D'autre part, il faut être averti de la possibilité d'une psychose puerpérale post-éclamptique par insuffisance parathyroïdienne.

Mais il faut convenir que la plus grande obscurité existe actuellement dans les rapports des fonctions cérébrales avec les fonctions parathyroïdiennes.

Il serait téméraire de vouloir établir un rapport entre les troubles psychiques

et l'insuffisance parathyroïdienne. Les faits permettent des suggestions. Ils ne donnent pas encore de démonstration.

III. — *Les troubles psychiques dans les syndromes thymiques.*

Le thymus, qui, pour sa plus grande part, n'est qu'un département du système hématopoïétique, paraît dépendre en partie, pour sa sécrétion interne, du système parathyroïdien.

Actuellement aucun trouble psychique ne peut être uniquement rattaché à son insuffisance.

IV. — *Les troubles psychiques dans les syndromes hypophysaires.*

Le gigantisme et l'acromégalie sont des syndromes hypophysaires chroniques. Pour chercher si l'hypophyse agit sur l'état mental, il faut d'abord analyser les troubles psychiques qu'on rencontre chez les géants et les acromégaliques et ensuite voir si on en retrouve quelques-uns dans l'insuffisance hypophysaire aiguë ou expérimentale.

Chez les *géants* les troubles psychiques doivent être rangés en deux groupes : les troubles psychiques élémentaires, qui paraissent constants et forment l'état mental habituel au géant, et les psychoses, syndromes mentaux qu'on rencontre accidentellement et dont la pathogénie complexe peut être et paraît être tout autre qu'hypophysaire.

Les *acromégaliques* aussi présentent des troubles psychiques. Ils sont légers, mais constants : c'est de l'aboulie, de l'asthénie, de l'irritabilité avec diminution de l'ensemble des facultés.

D'autre part on peut observer chez les acromégaliques de la dépression mélancolique, de l'hypocondrie, des idées de suicide, des idées de persécution, de l'excitation, de la torpeur, de l'obtusion, de la narcolepsie, de la confusion mentale.

Si l'état mental habituel des géants et des acromégaliques relève de l'hypophyse, les troubles psychiques plus marqués peuvent avoir la même pathogénie, mais ils peuvent aussi avoir d'autres causes.

Les troubles psychiques de l'insuffisance hypophysaire. — L'insuffisance hypophysaire au cours des toxi-infections aiguës a été mise en évidence par L. Rénou et A. Delille.

On connaît les troubles psychiques par insuffisance hypophysaire expérimentale : l'abattement, la dépression psychique, les troubles de la motilité, l'amai-grissement rapide sont liés à l'ablation de l'hypophyse. Ce syndrome rappelle celui qui suit la thyroïdectomie.

D'autre part l'existence d'un infantilisme et d'une arriération d'origine hypophysaire est prouvée par les résultats heureux de l'opothérapie hypophysaire enregistrés par Léopold-Lévi et H. de Rothschild chez des arriérés qui n'avaient pas été améliorés par l'opothérapie thyroïdienne.

En somme, les rapports de l'hypophyse et du fonctionnement cérébral sont établis par la clinique, par l'expérimentation et par l'opothérapie.

On peut dire que les perturbations de la fonction hypophysaire peuvent arrêter le développement et entraîner l'infantilisme, le puérilisme, l'arriération physique et mentale ; chez l'adulte la lésion de l'hypophyse produit le gigantisme, l'acro-

mégalie, avec leurs troubles psychiques élémentaires constants, et des psychoses possibles.

V. — *Les troubles psychiques dans les syndromes surrénaux.*

Troubles psychiques des addisoniens. Ils sont les uns effacés, subaigus ou chroniques, les autres dramatiques, graves, le plus souvent rapidement mortels.

Les premiers ne manquent jamais, les seconds sont rares.

Asthénie, aboulie, tristesse, tels sont les stigmates psychiques de l'addisonien ; l'asthénie psychique paraît dépendre, comme l'asthénie musculaire, de l'insuffisance des cellules à lécithine. La tristesse peut être rapprochée de l'hypotension artérielle liée à l'insuffisance de l'adrénaline.

Quant à la forme délirante de l'addisonisme, c'est le plus souvent de la confusion mentale, avec délire onirique et hallucinations.

L'extrait surrénal fait parfois disparaître les troubles psychiques par insuffisance surrénale.

D'autre part la thérapeutique surrénale excessive peut entraîner des troubles psychiques, comme cela peut se produire pour l'opothérapie thyroïdienne.

On peut donc concevoir, à côté des psychoses par insuffisance surrénale, et par analogie avec les psychoses toxi-thyroïdiennes, des psychoses toxi-surrénales.

Enfin il y a des troubles psychiques dans l'artério-sclérose surrénale ; en étudiant avec suite surrénales, vaisseaux encéphaliques et écorce cérébrale des artério scléreux, on trouvera des cas où l'on pourra démontrer que l'hyper-sécrétion d'adrénaline a entraîné la démence par l'intermédiaire de l'artério-sclérose cérébrale.

En somme, les surrénales peuvent perturber l'état mental par défaut ou par excès de sécrétion.

L'hypoépiphrie légère chronique entraîne les changements d'humeur constants et typiques qui caractérisent l'état mental des addisoniens. Quand elle est massive, elle produit l'encéphalopathie convulsive, myoclonique, délirante ou comateuse.

Inversement, l'hyperépiphrie agit sur l'état mental directement, comme le prouvent les psychoses toxi-surrénales par intoxication surrénale alimentaire, et indirectement, par l'intermédiaire de l'athérome et de l'artério-sclérose qui, atteignant les vaisseaux de l'encéphale, peuvent aboutir à la démence par cérébro-sclérose.

VI. — *Les troubles psychiques dans les syndromes ovariens.*

Il faut considérer les modifications psychiques survenant aux différentes étapes de la vie de la femme.

La quasi-constance d'un état mental particulier aux jeunes filles à l'époque de la puberté paraît bien en rapport avec l'éclosion de la fonction ovarienne.

L'accentuation de cette nuance mentale chez les dysménorrhéiques, perturbées ovariennes, vient à l'appui de cette interprétation. Quant à la fréquence des psychoses à la puberté chez la femme, elle s'explique, par la diminution de résistance de l'organisme en pleine transformation. La puberté est ainsi la cause occasionnelle de beaucoup de psychoses, et très souvent de la démence précoce.

Dans quelques cas, elle joue un rôle direct. La coïncidence de confusion mentale avec la puberté plus ou moins troublée, marquée de symptômes d'insuffisance ovarienne, la disparition de la psychose à caractère toxique après opothérapie ovarienne, permettent de soutenir qu'à la puberté la sécrétion interne du corps jaune retentit sur l'état mental.

La nature toxique des *psychoses menstruelles* proprement dite ne saurait être niée.

D'ailleurs on a démontré expérimentalement, et la toxicité des ovaires d'animaux inférieurs (échinodermes, batraciens), et celle du suc ovarien des mammifères, dans certaines conditions, et celle des règles de la femme.

Comme contre-épreuve, on peut mentionner les effets de la médication ovarienne qui a donné à Régis, dans les psychoses menstruelles proprement dites, des résultats excellents.

Les *troubles psychiques de la grossesse* consistent tantôt en simples troubles élémentaires, tantôt en psychoses : parmi celles-ci, un certain nombre n'ont trouvé, dans la grossesse, qu'une cause occasionnelle ; les autres au contraire, psychoses de la grossesse à caractère toxique, dépendent directement de celle-ci. Le mécanisme ne paraît pas, d'ailleurs, toujours le même, et si les unes semblent relever de l'insuffisance ovarienne, d'autres liées à des symptômes thyroïdiens ou parathyroïdiens, hypertrophie thyroïdienne, éclampsie, tétanie, sont peut-être sous la dépendance des perturbations de ces glandes.

Parmi les *psychoses des suites de couches*, il faut éliminer immédiatement tous les syndromes psychiques variés qui n'ont trouvé dans le post-partum ou la lactation qu'une cause occasionnelle.

Restent les psychoses des suites de couches à proprement parler, les psychoses toxiques. La plupart sont des psychoses infectieuses ; les autres sont auto-toxiques.

L'insuffisance hépato-rénale est incontestable dans beaucoup de cas ; les troubles thyroïdiens peuvent avoir une valeur causale ; restent donc peu d'observations où l'insuffisance ovarienne soit à incriminer.

Troubles psychiques de la castration. — La différence dans l'intensité des troubles psychiques à la suite de la castration tient, avant tout, à l'équilibre nerveux des femmes.

A ce point de vue, on peut les diviser en deux catégories : les prédisposées par tare héréditaire ou acquise, et les femmes sans stigmates nerveux appréciables, chez qui on doit rapporter les troubles psychiques à l'ablation des ovaires.

Chez celles-ci, il ne s'agit guère que de troubles psychiques élémentaires, que l'opothérapie généralement fait disparaître.

Chez celles-là, ce sont surtout des psychoses, psychoses variées dégénératives sans autre lien avec l'opération que celui d'une cause occasionnelle, et c'est aussi la psychose à type de confusion mentale, paraissant dépendre de l'insuffisance ovarienne survenue brusquement.

Chez les ovariectomisées, à côté donc des psychoses contingentes survenant sur le terrain prédisposé à l'occasion du traumatisme, il faut admettre des troubles psychiques, allant du trouble psychique élémentaire à la confusion mentale, et

qui paraissent bien dépendre directement de l'insuffisance ovarienne, car en plus des raisons cliniques de cette interprétation, le traitement par le corps jaune les améliore presque toujours et les guérit quelquefois.

Troubles psychiques de la ménopause. — La ménopause est une cause occasionnelle, incontestable et incontestée, de perturbations psychiques allant jusqu'aux psychoses les plus nombreuses et les plus diverses.

De plus elle paraît être, dans certains cas, la cause déterminante des troubles psychiques, troubles psychiques élémentaires, analogues à ceux de la puberté et de la menstruation, et psychoses de caractère toxique à forme de confusion mentale ou de mélancolie anxieuse.

Dans ces cas, la ménopause n'agit pas toujours par le seul mécanisme de l'insuffisance ovarienne, mais aussi par l'intermédiaire d'autres organes, rein ou thyroïde.

Troubles psychiques de l'insuffisance ovarienne. — On voit que parmi les troubles observés aux diverses phases de la vie génitale chez la femme, il en est qu'on retrouve toujours à peu près semblables à eux-mêmes, et, qu'en une synthèse heureuse, Jayle, le premier, a rapportés à l'insuffisance ovarienne.

Ces troubles psychiques caractéristiques de l'insuffisance ovarienne sont l'affaiblissement de la mémoire, des modifications du caractère, l'irritabilité, la tendance à l'hypocondrie, la tristesse, les idées de suicide; la diminution générale de l'énergie avec abattement physique, le nervosisme, les crises de nerfs. Il s'agit de troubles psychiques élémentaires et non de grandes psychoses.

A côté de cette insuffisance ovarienne acquise, il faut noter l'insuffisance congénitale qui se traduit généralement par un aspect rappelant l'infantilisme.

Par opposition à l'insuffisance ovarienne ou hypoovarie congénitale ou acquise, certains auteurs ont décrit un symptôme syndrome d'hyperovarie.

Certains troubles tels que l'éréthisme utéro-ovarien, les douleurs locales, les névralgies, les congestions, surtout les hémorragies, seraient dus à une activité exagérée de l'ovaire.

Si ce syndrome d'hyperovarie est encore discutable, il n'en est plus de même de l'insuffisance ovarienne.

On a vu dans quelles multiples conditions elle se manifeste. Elle apparaît ainsi comme un facteur très important de la vie psychique de la femme, et si elle n'intervient pas toujours seule dans les perturbations qu'on observe, elle y contribue quand même indirectement par les modifications fonctionnelles qu'elle entraîne dans d'autres glandes, la thyroïde par exemple.

VII. — Les troubles psychiques dans les syndromes testiculaires.

Quoique moins apparente chez le garçon que chez la jeune fille, l'évolution pubérale se caractérise toujours par l'accentuation des signes apparents et distinctifs de la sexualité.

Les troubles psychiques, moins fréquents et moins marqués que chez la jeune fille, peuvent se diviser en troubles élémentaires et en psychoses. Parmi ces psychoses, en est-il que l'on puisse appeler vraiment psychose de la puberté? Quel rôle jouent, à la puberté, chez certains déments précoces, les troubles de

la glande interstitielle? Autant de questions auxquelles il paraît aujourd'hui prématuré de répondre.

On a également rapporté à l'âge critique de l'homme certains troubles psychiques.

La castration a une influence plus ou moins marquée chez l'homme, suivant qu'elle est pratiquée chez des enfants, avant l'éveil des glandes sexuelles, ou qu'elle est faite chez l'adulte, quand les organes sont développés et ont fonctionné.

On sait aussi que l'arrêt du développement testiculaire congénital entraîne des troubles intellectuels qui sont ceux de l'infantilisme.

D'autre part, toute lésion, tout trouble fonctionnel, toute malformation de l'appareil génito-urinaire de l'homme, a un retentissement sur l'état moral en créant un certain degré de dépression. Cette réaction psychique est éminemment variable et toujours proportionnée à la résistance mentale du sujet; elle consiste d'abord en simples appréhensions, en états neurasthéniques, mais elle peut aboutir à l'obsession angoissante, à la préoccupation et au délire hypocondriaques.

VIII. — *Les troubles psychiques dans les syndromes prostatiques.*

La démonstration expérimentale de la toxicité et de l'action hypertensive et cardio-modératrice des extraits de prostate d'animaux en activité génitale, la fréquence des suicides chez les prostatectomisés, la facilité des épisodes neurasthéniques au cours des prostatites, constituent trois catégories de faits permettant d'émettre l'hypothèse que certains troubles mentaux dépendent parfois de perturbations glandulaires prostatiques.

IX. — *Les troubles psychiques dans les syndromes pluriglandulaires.*

Dans les pages qui précèdent on a noté des troubles psychiques parmi les divers syndromes relevant des perturbations de chaque glande à sécrétion interne prise en particulier. A plus forte raison doit-on en trouver quand les malades présentent associés les syndromes caractéristiques des troubles de plusieurs glandes à sécrétion interne, c'est-à-dire des syndromes pluriglandulaires. La connaissance de ces syndromes est très utile, car elle montre combien souvent les troubles des sécrétions internes sont associés les uns aux autres.

Les syndromes pluriglandulaires à prédominance thyroïdienne. — Ces syndromes peuvent être divisés en trois groupes, selon qu'y prédominent les symptômes myxœdémateux, les symptômes basedowiens, ou des symptômes moins caractérisés, mais que beaucoup d'auteurs s'accordent à rapporter à des troubles thyroïdiens.

Dans les premiers groupes se rangent les basedowiens avec hypertrophie du thymus, tétanie, acromégalie, ou gigantisme, syndrome d'Addison, aménorrhée, sécrétion mammaire. Les troubles psychiques sont surtout ceux de l'hyperthyroïdie.

Dans le deuxième groupe on range les myxœdémateux avec hypertrophie thyroïdienne, tétanie, acromégalie, syndrome d'Addison, aménorrhée, infantilisme, hypertrophie mammaire. Les troubles psychiques prédominants sont ceux du myxœdème.

Dans le troisième groupe enfin, on range les cas d'interprétation difficile, tels que ceux publiés par Léopold-Lévi et H. de Rothschild, où l'insuffisance ovarienne et l'acromégalie se compliquent de troubles variés, psychiques, nerveux, vasomoteurs et trophiques, qui se rapprochent tantôt des signes de la série myxœdémateuse et tantôt de ceux de la série basedowienne.

Les syndromes glandulaires à prédominance hypophysaire se ramènent à deux groupes. — Le premier comprend le gigantisme avec infantilisme et ses variétés : féminisme, eunuchisme, cryptorchidie. L'état mental est celui des infantiles en général.

Le deuxième groupe correspond soit à l'acromégalie avec syndromes déficitaires (myxœdème, aménorrhée), soit au contraire à l'acromégalie avec syndromes d'hyperactivité, de suppléance ou de synergie (goitre simple ou exophtalmique, hypertension artérielle et athérome par hyperépiphrie et sécrétion lactée). Ici, le syndrome mental est variable.

Les syndromes pluriglandulaires à prédominance génitale. — Les troubles ovariens jouent un rôle trop considérable dans la vie psychique de la femme pour qu'on ne rappelle pas l'association morbide ovarienne la plus fréquente de toutes, l'association thyro-ovarienne, simple ou compliquée d'associations secondaires et ses troubles psychiques.

Quand on étudie les symptômes présentés par les insuffisances ovariennes, on trouve le plus souvent mentionnés la tachycardie, les palpitations, l'irritabilité nerveuse, la faiblesse des membres inférieurs, les céphalées, les vertiges, les insomnies, le tremblement, etc. On ne peut alors s'empêcher de remarquer qu'entre ces manifestations nerveuses et le tableau des formes atténuées du goitre exophtalmique, les différences sont extrêmement faibles.

Sans entrer dans la discussion de l'action synergique ou antagoniste de la thyroïde et de l'ovaire, on peut donc se demander si, contre les troubles nerveux et psychiques de la ménopause naturelle, qui rappellent trait pour trait les symptômes de la série basedowienne, il n'y aurait pas intérêt à instituer la thérapeutique antibasedowienne par l'hématoéthyréine, par exemple. Un argument pratique en faveur de cette conception est que l'opothérapie thyroïdienne, quand on l'institue chez des femmes souffrant gravement de la ménopause, ne font qu'augmenter leurs troubles nerveux.

Au point de vue psychiatrique, les corrélations des sécrétions internes et leurs perturbations concomitantes, synergiques ou non, font supposer que, dans le cas même où le trouble glandulaire interne paraît unique, il en entraîne peut-être d'autres qui ne se manifestent pas encore par des symptômes appréciables et que par conséquent les troubles psychiques observés, en admettant leur origine glandulaire, peuvent en avoir une multiple.

Si déjà, dans un cas simple, la connaissance du rapport du trouble psychique au vice de sécrétion interne comporte plusieurs causes d'erreurs, on conçoit la difficulté du problème dans un syndrome pluriglandulaire caractérisé, et la presque impossibilité de la solution, quand les manifestations des troubles glandulaires internes ne sont qu'estompés ou ont disparu chez un malade dont tous les troubles ne paraissent que psychiques.

SECONDE PARTIE

LES TROUBLES GLANDULAIRES DANS LES SYNDROMES PSYCHIQUES

I. — *Les troubles glandulaires dans les syndromes de débilité cérébrale.*

Rentrent dans la débilité cérébrale, depuis les plus frappés jusqu'aux quasi-normaux, les idiots, les imbéciles, les débiles, les déséquilibrés.

De nombreux arriérés mentaux et physiques, soumis à l'opothérapie, se sont brusquement développés. Les uns ont réagi à la médication thyroïdienne, les autres à la médication hypophysaire ou surrénale.

Ces faits permettent de penser que, parmi les idiots et les arriérés, il en est dont la débilité cérébrale peut dépendre de troubles variés des sécrétions internes; qu'à côté des insuffisants thyroïdiens, les plus fréquents, il faut placer les insuffisants hypophysaires, surrénaux, etc., susceptibles d'être améliorés par l'opothérapie glandulaire correspondante, et qu'il paraît nécessaire d'essayer ces traitements sans être toujours guidé par la clinique, car dans des cas traités avec succès, des symptômes appréciables d'insuffisance glandulaire n'avaient pas été signalés.

Cependant il ne faut pas se presser, chez les débiles, d'établir un rapport de cause à effet entre les anomalies glandulaires qu'on y observe et les anomalies mentales. Dans beaucoup de cas il ne s'agit, vraisemblablement, que de co-effets d'une même cause, l'hérédodystrophie.

II. — *Les troubles glandulaires dans les syndromes délirants.*

On décrit en psychiatrie, dans les délires, d'une part, des perturbations globales de la vie mentale (mélancolie, manie, confusion mentale, délire onirique, délire aigu), et, d'autre part, des troubles partiels de l'état mental (délires systématisés, paranoïa, délire des dégénérés), qu'on réunit dans un vaste groupe dit des psychoses constitutionnelles pour indiquer l'importance qu'y joue la malformation héréditaire.

La prédisposition mentale, si elle est moins évidente que dans le premier groupe, n'en existe pas moins. Aussi Laignel-Lavastine croit-il pouvoir proposer, pour introduire plus de clarté dans son exposition, l'hypothèse que tout délire est toxique, au moins à son début.

Les délires, devenant ainsi synonymes de psychoses toxiques, peuvent être rangés, au point de vue sémiologique, en manie, mélancolie, confusion mentale, délire onirique, délire aigu, délire chronique, délires systématisés, etc.

Les troubles glandulaires chez les maniaques. — Les syndromes maniaques ressortissant à des pathogénies très différentes, on conçoit que l'étude des troubles glandulaires internes, pour avoir quelque valeur, doit porter sur un très grand nombre de cas, et nécessite l'application simultanée des trois méthodes clinique, anatomo-pathologique et opothérapique.

Or, aucun travail d'ensemble fait dans ce sens n'existe jusqu'à présent. En dépouillant les traités de psychiatrie et les recueils d'observations, on ne trouve que quelques faits épars, mais il est impossible à l'heure actuelle, d'après des documents si fragmentaires, de se faire une opinion sur les sécrétions internes dans les états maniaques.

Les troubles glandulaires chez les mélancoliques. — Ce qui a été dit de l'insuffisance des documents anatomo-cliniques et opothérapiques des états maniaques peut être répété pour les états mélancoliques.

Et cependant les troubles physiques ont, chez ces malades, une importance capitale. Les mélancoliques semblent donc particulièrement indiqués dans les recherches à venir sur les perturbations des sécrétions internes.

Les troubles glandulaires chez les confus (confusion mentale? Délire onirique, délire aigu). — Démontrer l'existence de troubles glandulaires dans ces divers syndromes ne paraît plus à faire, car c'est l'honneur de Régis et de Klippel d'avoir démontré les premiers le caractère toxique des délires.

Dans la première partie du rapport, on a plusieurs fois constaté que la confusion mentale apparaissait comme conséquence des perturbations massives de diverses glandes à sécrétion interne. Il n'y a pas lieu de chercher à résoudre la question de savoir si, dans tous les cas, c'est par l'intermédiaire d'autres insuffisances viscérales, et particulièrement hépato-rénales, que les troubles constatés des sécrétions internes sont accompagnés de confusion mentale; mais en ce qui touche les rapports de la confusion mentale et des sécrétions internes, on peut affirmer que l'on observe trop souvent des symptômes glandulaires dans la confusion mentale, pour qu'on ne soit pas en droit de leur accorder un rôle important.

Les troubles glandulaires chez les délirants constitutionnels. — On ne voit pas pourquoi le délire partiel, la crise du persécuté de Lasèque, la bouffée de paranoïaque, qui paraissent éclater brusquement, et sans cause physiologique ne seraient pas sous la dépendance d'une intoxication comme les délires diffus. Certes, la constitution psychopathique étant très marquée, il suffit de très peu de poison pour faire éclore le délire; mais il ne semble pas impossible que les perturbations glandulaires puissent avoir une part dans cette éclosion. Ce sont aux recherches ultérieures d'infirmier ou de confirmer cette hypothèse.

III. — *Les troubles glandulaires dans les syndromes démentiels.*

La démence est une fin. La ruine est toujours la même, quel que soit le chemin qui y mène. Toute démence paraît organique, car il y a toujours lésion destructive; seulement comme les facteurs qui la déterminent sont divers, et laissent de leur action des traces anatomiques différentes, les démences se divisent en trois groupes: La *démence paralytique*, dernier épisode de la vie des paralytiques généraux; la *démence organique*, terme de l'évolution de diverses psychoses de l'adulte, c'est-à-dire de divers syndromes mentaux, quelles qu'aient été leur symptomatologie et leur durée; la *démence précoce*, enfin, dernier acte de processus subaigus ou chroniques du cerveau, commençant dès la puberté chez les sujets prédisposés.

Dans les trois groupes il existe des altérations glandulaires. Mais elles sont surtout à signaler dans la démence précoce où elles pourraient avoir un intérêt pathogénique.

Ainsi, à l'autopsie de deux déments précoces, M. Laignel-Lavastine a constaté dans les testicules l'absence complète des cellules interstitielles. Ce fait est digne d'intérêt, car il apporte un argument anatomique en faveur de la thèse de Freud sur l'origine génitale de la démence précoce.

IV. — *Les troubles glandulaires dans les syndromes neuro-psychiques.*

L'étude des perturbations glandulaires chez les épileptiques, les nerveux, les hystériques, les neurasthéniques et les psychasthéniques est à faire.

Il serait utile, dans le diagnostic d'une *épilepsie*, après être remonté aux causes expliquant l'altération corticale, de passer en revue les raisons d'empoisonnement de l'organisme et, parmi elles, les perturbations glandulaires. La recherche des petits signes de ces perturbations pourra permettre d'instituer plutôt telle opothérapie qu'une autre.

Il est incontestable que le *nervosisme* est parfois d'origine thyroïdienne, car il a été reproduit expérimentalement; néanmoins il est évident qu'il peut être produit par d'autres causes, les perturbations glandulaires. Il serait donc intéressant en clinique de ne pas s'arrêter à un simple diagnostic sémiologique, mais de rechercher, dans le fonctionnement général de l'organisme, les raisons de la faiblesse irritable du système nerveux et de ne pas négliger, à ce point de vue, l'examen des sécrétions internes.

Selon toute vraisemblance on peut ranger les troubles des sécrétions internes parmi les causes déterminantes du *nervosisme*, qui prédispose aux *accidents hystériques*.

Chez les *neurasthéniques*, la fatigue chronique survient plus ou moins vite suivant la résistance du système nerveux de chacun, elle semble fonction d'un empoisonnement plus ou moins durable des cellules nerveuses par les liquides du milieu intérieur qui les baigne. On conçoit donc qu'une insuffisance glandulaire, comme l'insuffisance surrénale, l'insuffisance diastématique, l'insuffisance ovarienne, modifiant le milieu intérieur, agisse sur le système nerveux comme tout autre toxique.

Les *psychasthéniques* ne sont qu'une variété de neurasthéniques, ceux dont l'asthénie porte surtout sur la sphère psychique. Comme tous les neurasthéniques, ils peuvent donc être des perturbés glandulaires et bénéficier de l'opothérapie correspondante.

CONCLUSIONS

Nous avons, autant qu'il nous a été possible, suivi l'auteur du rapport dans son exposé.

Pour établir qu'il existe des troubles psychiques qui dépendent de perturbations de sécrétions internes, nous avons vu qu'il a étudié, d'une part, les troubles psychiques dans les syndromes que l'on rapporte à la pathogénie des glandes à sécrétion interne. D'autre part, il a indiqué comment on pourrait rechercher les perturbations glandulaires dans les syndromes psychiques. D'après lui :

I. — La coïncidence fréquente de troubles psychiques dans les syndromes glandulaires est un fait, et d'autre part, il paraît évident que tout trouble psychique présuppose une prédisposition cérébrale, à moins d'une affinité toute spéciale de l'agent morbide pour le cortex.

Ces deux propositions admises, les troubles psychiques dans les syndromes glandulaires s'expliquent soit par une simple coïncidence, soit par un rapport de causalité.

Il faut admettre que, dans certains cas, il ne peut s'agir que de coïncidence ; mais il est également incontestable que, dans d'autres cas, il s'agit d'un rapport de causalité, et que la perturbation de la sécrétion qui a déterminé le syndrome clinique a aussi déterminé le syndrome psychique.

Ce déterminisme, d'ailleurs, ne paraît pas toujours univoque. On peut en distinguer trois modes :

1° Tantôt le trouble glandulaire, survenant dans l'enfance ou l'adolescence, retentit sur le développement de l'organisme et du cerveau ; les troubles psychiques résultent d'anomalies de structure.

2° Tantôt le trouble glandulaire, compatible avec l'existence et un fonctionnement relatif de l'organisme, entraîne, dans la vie organique comme dans la vie psychique, des modifications corrélatives d'intensité variée.

3° Tantôt enfin le trouble glandulaire, non plus modéré mais massif, produit, en même temps que des troubles graves de l'organisme, des réactions cérébrales intenses se manifestant toujours de même par les psychoses toxiques classiques à type de confusion mentale.

Ces trois modes paraissent expliquer les faits avec une suffisante approximation :

1° Le premier est le plus simple. Il est essentiellement du domaine ontogénique et morphologique. Le puérilisme mental de l'infantilisme en est un exemple.

2° Le deuxième est d'ordre humoral. Le milieu intérieur étant spécifiquement modifié par la perturbation élective d'une sécrétion interne déterminée, les éléments anatomiques qu'il baigne sont par cela même modifiés dans leur vitalité. Il en résulte, en même temps que des changements somatiques, anatomiques et fonctionnels, des changements psychologiques. Ceux-ci, comme ceux-là, reflets d'un même trouble humoral, présentent une série dégradée, du pathologique franc au normal schématique.

On comprend ainsi qu'il existe un état mental du basedowien comme de l'adisonien, et qu'à tel tempérament corresponde tel caractère. Car c'est un point sur lequel il y a lieu d'insister. Le tempérament est la caractéristique dynamique de l'organisme comme la constitution en est la caractéristique statique. D'après cette conception des professeurs Bouchard, Landouzy, Roger, on peut dire que l'un est à la physiologie ce que l'autre est à l'anatomie. Or, parmi les fonctions, dont les variétés individuelles font les tempéraments, les sécrétions internes paraissent ne devoir pas être négligées et quand on se décidera à reprendre l'étude trop délaissée des tempéraments à côté des types classiques, sanguins, nerveux, lymphatiques et bilieux, on pourra peut-être décrire les thyroïdiens, les hypophysaires, les surrénaux, les ovariens, les diastématisés, etc.

Le caractère n'est que l'expression psychologique du tempérament. Constitution, tempérament, caractère, ne seraient ainsi que trois expressions anatomique, physiologique, psychologique, du coefficient réactionnel individuel.

L'importance des variétés individuelles des sécrétions internes dans les tempéraments se retrouveraient dans les caractères. Le vulgaire parle longtemps de bonne ou de mauvaise « humeur » dans sa psychologie spontanée et aussi « d'humeur » dans son langage médical.

Cette identité de termes cache un sens profond que l'étude des sécrétions internes met en évidence. Ces sécrétions, par leurs variations, retentissent sur la vie mentale comme sur le reste de l'organisme, et elles se manifestent d'abord

et surtout par des changements d'humeur, des modifications de la vie affective, parce que celle-ci, plus que l'activité motrice et surtout intellectuelle, dépend de la vie organique dont elle émerge à peine.

3° Enfin, le troisième mode d'action, massif, du trouble glandulaire sur la vie mentale et qui se caractérise par la psychose toxique, est souvent très complexe en ce sens que l'intoxication cérébrale n'est pas seulement l'effet de la perturbation de la glande incriminée dans le syndrome clinique concomitant, mais le résultat d'une série d'insuffisances fonctionnelles associées ou secondaires. Et ces associations font que souvent, en l'absence de symptômes directeurs dans les syndromes pluri-glandulaires, mieux vaut avoir recours à des associations opothérapiques qu'à une thérapeutique visant une seule glande.

II. — L'existence de troubles glandulaires dans les syndromes psychiques n'a pas, jusqu'à présent, assez attiré l'attention. Cependant ces troubles ne sont pas niables dans certains cas.

Dans ceux où ils ne sont pas apparents, il semble qu'il y aurait un très grand avantage théorique et pratique à les rechercher par les trois méthodes clinique, anatomo-pathologique et opothérapique. Ainsi on pourrait peut-être arriver à éclaircir la pathogénie de quelques psychoses et à améliorer des malades.

La conclusion générale des faits et des considérations qui précèdent est qu'il existe un rapport de causalité entre les perturbations des glandes à sécrétion interne : thyroïde, parathyroïde, hypophyse, surrénale, ovaires, testicules, et les syndromes correspondants : myxœdème, goitre exophtalmique, tétanie, éclampsie, gigantisme, acromégalie et syndrome d'Addison, d'insuffisance ovarienne et diastémique.

Il existe un rapport de causalité entre ces mêmes perturbations et certains troubles psychiques concomitants de leurs syndromes respectifs.

Ceci établi, les questions suivantes sont soumises à la délibération du Congrès : auxquels de ces troubles psychiques et d'après quels critères leur reconnaît-on une origine glandulaire ? Peut-on admettre une origine glandulaire de ces troubles psychiques, même dans des conditions cliniques telles que chez beaucoup d'aliénés, où les syndromes glandulaires respectifs ne seraient pas facilement appréciables ?

Tout en faisant la part à la prédisposition cérébrale, peut-on admettre la possibilité d'une origine glandulaire de certains cas de débilité cérébrale, démence précoce, délire partiel, troubles nerveux fonctionnels, hystériques, neurasthéniques, psychasthéniques ?

DISCUSSION

M. Régis (de Bordeaux). — Dans un rapport d'une méthode et d'une clarté parfaites et d'une documentation si riche qu'elle est presque sans lacunes, M. Laignel-Lavastine nous a présenté, d'abord en chacun de ses principaux chapitres, puis en un large résumé d'ensemble, la question si importante et si difficile des troubles psychiques liés aux perturbations des glandes à sécrétion interne.

Laissant de côté le terrain des faits particuliers, j'essaierai de suivre le Rapporteur en son essai de synthèse et d'examiner avec lui les conclusions générales qu'il soumet à la discussion.

Existe-t-il, dit M. Laignel-Lavastine, un rapport de causalité entre les perturbations des glandes à sécrétion interne et certains troubles psychiques concomitants de leurs syndromes respectifs ? Si oui, auxquels de ces troubles psychiques et d'après quels critères reconnaît-on une origine glandulaire ?

Personnellement, je crois que ce rapport de causalité est probable, mais que, à l'heure actuelle, on ne saurait être plus affirmatif et aller plus loin.

Parmi toutes les preuves, d'ordre anatomique, physiologique, pathologique, thérapeutique qui militent en faveur de cette relation, l'une des plus importantes, à mon sens, est la preuve clinique.

Si l'on relève, dans le rapport de M. Laignel-Lavastine, l'ensemble des troubles psychiques signalés par les divers auteurs dans les syndromes afférents aux perturbations des glandes à sécrétion interne, on constate qu'il s'agit à peu près invariablement de confusion, de torpeur, d'hébétéude, d'amnésie, d'onirisme, de délire hallucinatoire avec excitation, anxiété, etc.

Or ces troubles psychiques sont — comme je me suis efforcé de le démontrer et comme cela paraît établi aujourd'hui — caractéristiques d'un état d'intoxication; caractéristiques à ce point qu'ils impliquent nécessairement pour moi ce diagnostic pathogénique.

Le fait que ces troubles, d'une signification si précise, sont ceux qu'on retrouve constamment associés aux perturbations des glandes à sécrétion interne prouve donc qu'ils sont dus à l'intoxication.

Ici, je me vois forcé d'ouvrir une parenthèse pour discuter une opinion, une hypothèse plutôt, émise par notre Rapporteur.

M. Laignel-Lavastine accepte bien que la confusion mentale, le délire onirique et leurs dérivés constituent les troubles psychiques essentiels des intoxications, mais il croit que « tout délire est toxique, au moins à son début » et il essaye d'étayer cette manière de voir à l'aide d'une figure schématique, empruntée à la géométrie.

Je ne dirai rien de cette figure sinon que, même en l'acceptant comme l'image de la réalité, elle démontrerait que les deux grands facteurs intoxication et hérédité se combinent en sens inverse en pathologie mentale et que, dans la moitié des cas, au moins, le dernier domine le premier de plus en plus au point de le réduire pour ainsi dire à rien.

J'aime mieux rappeler que si toute psychopathie, quelle qu'elle soit, peut, au cours d'un passé héréditaire plus ou moins lointain, avoir puisé, en tout ou partie, son origine à une source toxique, il y a en réalité, au point de vue nosologique, des différences nombreuses et très importantes entre les vésanies et les psychoses d'intoxication proprement dites.

Effacer ces différences, émettre cette opinion que le délire de persécution, par exemple, est lui-même toxique, au moins à son début, c'est, me semble-t-il, retourner en arrière, revenir sur un progrès important de la psychiatrie moderne, c'est enlever à la formule clinique habituelle des psychoses toxiques cette valeur en quelque sorte spécifique et caractéristique que je lui reconnaissais plus haut.

Il importe donc de conserver, au moins jusqu'à nouvel ordre, cette notion qu'il existe deux grandes classes de psychoses, nettement distinctes les unes des autres, les psychoses vésaniques et les psychoses toxiques : les premières essentiellement dues à une prédisposition spéciale, le plus souvent héréditaire, avec des causes occasionnelles accessoires; les secondes essentiellement dues à une intoxication, en dehors parfois de tout autre facteur adjuvant, car il est hors de doute qu'un individu quel qu'il soit, même indemne d'une prédisposition cérébrale quelconque, peut et doit délirer lorsqu'il est sous l'action d'un poison, suffisamment actif, qu'il s'agisse d'alcoolisme, d'urémie, de grippe, d'intoxication post-opératoire, etc.

Cette parenthèse fermée, je puis donc répéter que le fait que les troubles psychiques, dans tous les syndromes liés à des perturbations des glandes à sécrétion interne, se présentent sous forme de confusion, de torpeur, d'hébétéude, d'amnésie, d'onirisme, de délire hallucinatoire avec excitation, anxiété, etc., indique qu'ils sont d'origine toxique, qu'ils sont dus à une intoxication.

Voilà un point acquis.

Mais il ne s'ensuit pas forcément pour cela que cette intoxication soit le résultat de la perturbation concomitante d'une glande à sécrétion interne. Le lien direct entre le trouble psychique et la perturbation de la glande nous échappe ou est insuffisamment évident, même lorsque le trouble psychique vient à s'atténuer ou à disparaître sous l'influence de la médication opothérapique correspondante. Et quant aux caractères du trouble psychique lui-même, plus ou moins variable d'ailleurs suivant les individus, il ne diffère pas suffisamment d'une intoxication à l'autre, pour que cette différence puisse être considérée comme spécifique.

Il suffit de se rappeler combien souvent un délire auto-toxique ou infectieux ressemble au délire alcoolique et combien souvent on le confond avec celui-ci dans la pratique pour comprendre que nos connaissances actuelles ne nous permettent pas de distinguer,

à l'aspect de troubles psychiques reconnus toxiques, s'il s'agit d'infection, d'exo-intoxication, d'auto-intoxication par perturbation de sécrétion interne, à plus forte raison de reconnaître dans chacune de ces catégories la variété d'intoxication en jeu.

Peut-être arriverons-nous un jour à cette précision, soit par une notion plus approfondie des particularités psychopathiques spéciales à chaque cas, soit en nous aidant des autres signes anatomiques ou cliniques, en particulier de l'examen des humeurs et des excréments, dont l'étude est si intéressante dans les psychoses d'intoxication.

Pour l'instant, je le répète en terminant, la seule réponse que nous puissions faire à la question posée par M. Laignel-Lavastine est la suivante : « Il existe *très probablement* un rapport de causalité entre les perturbations des glandes à sécrétion interne et certains troubles psychiques concomitants de leurs syndromes respectifs. Parmi les preuves qu'on peut donner de cette relation probable, l'une des meilleures réside dans la forme clinique de ces troubles psychiques, qui sont ceux des psychoses d'intoxication. »

Nous devons nous efforcer, désormais, de parachever la démonstration,

M. CLAUDE (de Paris). — Les faits ne manquent pas pour prouver la coexistence fréquente de syndromes glandulaires et de troubles psychiques ; mais très peu permettent d'établir une relation de cause à effet entre ces syndromes et les troubles psychiques qui les accompagnent.

L'anatomie des organes glandulaires est encore trop peu précise pour qu'on puisse reconnaître leurs altérations et surtout pour qu'on puisse assigner à ces altérations leur véritable signification.

Bien qu'elle ait donné un certain nombre de résultats intéressants, l'opothérapie comporte avec elle trop de causes d'erreur pour pouvoir nous fournir la solution des problèmes que soulève le rapport de M. Laignel-Lavastine. Il n'est pas rare, en effet, de voir des malades (psychasthéniques, maniaques, mélancoliques, etc.), améliorés ou guéris par l'usage de telle glande indistinctement ou bien d'une association glandulaire. Pour toutes ces raisons, il est prématuré de tenter une généralisation sur des faits qui demandent à être encore longuement étudiés.

M. LÉOPOLD-LÉVI (de Paris). — Voici, d'après nos recherches avec M. H. de Rothschild, les *critériums* permettant de rapporter les troubles psycho-nerveux à leur origine thyroïdienne.

1° Troubles psycho-nerveux par insuffisance thyroïdienne.

a) Avant le traitement :

Le sujet présente des signes de dysthyroïdie.

Les troubles psycho-nerveux évoluent parallèlement aux signes d'insuffisance thyroïdienne et sont influencés par les actes de la vie génitale féminine.

Les troubles psycho-nerveux ont leur représentant dans le myxœdème.

b) Le traitement acquiert une valeur spécifique si :

Son action est *immédiate* (pierre de touche).

Son action est toujours *efficace*.

S'il *transforme* le malade.

Il faut noter aussi l'importance des rechutes et de leur traitement.

2° Troubles psycho-nerveux par hyperthyroïdie.

a) Avant le traitement :

Les troubles psycho-nerveux ont leur représentant dans la maladie de Basedow. Ils coïncident avec des troubles d'hyperthyroïdie et de Basedow fruste.

Ils sont susceptibles d'être *reproduits ou exagérés par thyroïdisme alimentaire*.

b) Le traitement consiste en chymothérapie antithyroïdienne, en opothérapies variées et associées. — Le traitement thyroïdien, à petites doses, agit sur ces symptômes. Il est capable de faire disparaître ce qu'il est capable de produire.

3° Troubles psycho-nerveux par instabilité thyroïdienne.

Association de troubles hypo-hyperthyroïdiens. Influence favorable de la médication.

M. GRASSET (de Montpellier). — Tout est à louer et à retenir dans le remarquable rapport du Dr Laignel-Lavastine. Mais ce dont, pour ma part, je suis le plus reconnaissant à notre collègue, c'est d'avoir étendu le sujet proposé et d'avoir envisagé le rapport *reciproque* des troubles psychiques et des troubles glandulaires, c'est-à-dire : à côté des troubles psychiques dans les perturbations glandulaires, les perturbations glandulaires dans les maladies psychiques.

Je lui ferai seulement le reproche de n'avoir pas assez insisté sur le second point de

vue et de ne l'avoir pas fait figurer dans les conclusions et propositions synthétiques à étudier.

Une seule chose est certaine : la *coexistence* des deux ordres de phénomènes. Mais l'ordre de filiation est difficile à préciser.

Il y a en effet un type très réel de troubles glandulaires *équivalents* dans l'évolution d'une psychonévrose ou d'une maladie neuropsychique. Ainsi, une malade a d'abord une chorée, puis un syndrome de Basedow, enfin des crises épileptiformes.

Le rapporteur qui a si bien étudié le grand sympathique sait, mieux que nous tous, que le grand appareil vaguesympathique ou cérébrospinalgique est une division du système nerveux (division *psychosplanchnique*) analogue à la division psychomotrice ou à la division psychosensitive. Il y a des *psychonévroses splanchniques* ou vaguesympathiques comme il y a des psychonévroses motrices ou sensitives.

Dans les dernières discussions de la *Société de Neurologie* on a voulu enlever à l'hystérie tous les troubles vaso-moteurs et sécrétoires. Je le veux bien. Quand une maladie (comme l'hystérie et toutes les névroses) ne peut être définie ni par sa cause (microbe, poison), ni par sa lésion anatomique et ne peut être définie que par la description symptomatique, le cadre de cette maladie est *arbitrairement* fixé et limité.

Mais, en faisant sortir les malades du cadre de l'hystérie, on ne les supprime pas, on les *déplace*.

Il faut toujours, sous un autre nom, conserver les malades qui, après avoir été plusieurs fois opérés par les gynécologues, après avoir été longuement traitées dans des maisons de régime pour leur entérococolite, *reviennent* chez les neurologues qui en font des *psychosplanchniques*, c'est-à-dire des psychonévrosés avec troubles glandulaires ou vaguesympathiques.

Ces troubles glandulaires vaguesympathiques sont *effet* de la psychonévrose, mais réagissent à leur tour sur la *forme* des troubles psychiques : obsédés de cardiopathie ou de cancer intestinal...

Je tenais à souligner ce point de la *réciprocité* des rapports entre les troubles glandulaires et les troubles psychiques. C'est du reste vrai de tous les organes pris deux à deux : le problème diagnostique se pose toujours, en clinique, de savoir, de deux organes malades, celui qui a commencé : cœur rénal ou rein cardiaque...

La conclusion est qu'à côté des *troubles psychiques dans les maladies glandulaires*, il y a tout un gros chapitre de *troubles glandulaires dans les maladies psychiques*.

M. ANDRÉ LÉNT (de Paris). — J'ai examiné 6 thyroïdes, 13 pituitaires et 13 surrénales provenant d'aliénés morts dans le service de M. Joffroy.

Les thyroïdes et les pituitaires n'offraient rien d'intéressant. Par contre, sur les 13 surrénales, 7 présentaient une lésion extrêmement accentuée, 2 une lésion modérée, 4 étaient à peu près normales. Ces dernières appartenaient à des paralytiques généraux.

Parmi les neuf glandes altérées, 2 offraient des lésions très probablement terminales (épinéphrite à caractère inflammatoire chez un alcoolique mort de pneumonie, hémorragie chez un paralytique mort en ictus). Deux autres glandes étaient le siège d'une lésion en foyer tuberculeuse : elles provenaient l'une d'un paralytique mort subitement (ce qui est fréquent dans les lésions surrénales), l'autre d'un malade atteint de confusion mentale hallucinatoire aiguë (ce qui pouvait tenir à de l'alcoolisme, mais ce qui fait aussi partie quelquefois du tableau clinique de l'insuffisance surrénale aiguë).

Parmi les 5 autres surrénales malades, 2 présentaient une dégénérescence diffuse, non inflammatoire, très accentuée, presque totale; or, elles appartenaient à des mélancoliques anxieux morts très rapidement; tous deux avaient présenté des signes accentués d'insuffisance surrénale (asthénie profonde, aboulie, pouls petit et rapide, réponses pénibles et monosyllabiques, troubles digestifs, douleurs d'estomac, etc.), qui permettent de penser que la lésion surrénale, loin d'être terminale, entrait pour sa part dans le tableau clinique de la maladie.

Les rapports des lésions surrénales avec la mélancolie paraissent confirmés par les constatations faites sur les 3 dernières glandes. Une d'elles, qui offrait des lésions de même nature, mais plus modérées, provenait aussi d'une mélancolique anxieuse, dont l'affection avait évolué beaucoup plus lentement (en trois ans et demi), qui avait également présenté des signes physiques d'insuffisance surrénale atténués. Les 2 autres, qui étaient le siège de lésions très accentuées, mais très différentes (adénomes multiples, hémorragies, foyers de nécrose, traînées lymphocytaires), appartenaient à des paralytiques généraux dont l'affection avait débuté par un syndrome de mélancolie anxieuse et dont l'un mourut subitement.

On connaît depuis longtemps les signes physiques de dépression neuro-musculaire et vasculaire des mélancoliques : ils sont très semblables à ceux de la maladie d'Addison. D'autre part, l'asthénie, l'aboulie, la tristesse sont, comme l'indique le rapporteur, les stigmates psychiques de l'addisonien. Or, on sait aujourd'hui que le syndrome de l'insuffisance surrénale ne comporte pas forcément le signe essentiel, quoique généralement tardif, de la maladie d'Addison, la mélanodermie ; il serait intéressant de rapprocher ces données et certaines constatations anatomiques : on arriverait peut-être à savoir que l'insuffisance surrénale, avec ou sans mélanodermie, conditionne dans certains cas des états mélancoliques, simples ou anxieux, prétendus idiopathiques ou symptomatiques. Enfin, il serait important au point de vue du traitement que l'on pût substituer dans certains cas déterminés, à l'hypothèse vague d'auto-intoxication, une théorie plus précise d'intoxication par insuffisance surrénale.

M. ROUBINOVITCH (de Paris). — Avec M. Dumont, j'ai essayé de rechercher les rapports de causalité entre les perturbations des glandes à sécrétion interne et certains troubles psychiques concomitants.

Nous observons actuellement un malade chez lequel une acromégalie se compliqua successivement d'épilepsie et de psychose maniaque-dépressive. L'étude des antécédents héréditaires montre que sa famille est indemne de toute tare mentale ou nerveuse ; toutefois, on note dans la lignée maternelle un gigantisme familial. Le malade remarqua lui-même que, dans sa jeunesse, ses extrémités étaient plus développées que celles d'un enfant du même âge ; son développement psychique et physique fut normal jusqu'au service militaire où son acromégalie débuta à la suite d'une série de fièvres infectieuses ; jusqu'à 30 ans, le syndrome acromégalique se précisa. En 1901, apparut l'épilepsie sous forme de crises convulsives, de vertiges et d'équivalents psychiques ; enfin, en 1908, sur le caractère habituellement mélancolique du malade se greffèrent les manifestations de la psychose maniaque dépressive avec ses périodes de dépression et d'excitation. Actuellement, le patient est un acromégalique avec tumeur hypophysaire (anosmie et amaurose sans glycosurie) et insuffisance testiculaire.

On ne peut invoquer, pour expliquer les troubles psychiques de ce malade, une dégénérescence mentale héréditaire et l'ordre chronologique des accidents semble prouver qu'ils sont sous la dépendance des troubles sécrétoires.

D'autre part, son liquide céphalo-rachidien, non toxique dans l'intervalle des manifestations comitales, détermine des convulsions chez le cobaye lorsqu'on le prélève après les crises convulsives.

Enfin, la décompression brusque des centres nerveux causée par la ponction lombaire provoque des vertiges et une crise d'excitation consciente typique.

Si la notion du terrain ne doit pas être négligée pour expliquer les troubles psychiques, il est certain que dans notre cas des décharges toxiques et des phénomènes de compression et de décompression des centres nerveux jouent un rôle certain dans leur production.

M. L. PICQUÉ (de Paris). — Selon que nous observons à l'hôpital ou à l'asile, l'auteur nous propose de recueillir des observations de troubles psychiques dans les syndromes glandulaires ou de troubles glandulaires dans les affections mentales. Or, parmi les psychoses qui se produisent aux diverses périodes de la vie génitale, il en est qui ne peuvent rentrer dans son cadre. Telles les psychoses qui sont dues à l'infection.

La discussion porte, à l'heure actuelle, sur la part qui revient à la prédisposition et à l'infection dans la production du délire. Aucun trouble glandulaire ne peut être invoqué.

Pour les psychoses de la puberté et de la ménopause, M. Laignel admet une corrélation possible, mais non démontrée, entre la fonction spéciale de l'ovaire et sa sécrétion interne. Il accepte de plus, sans en donner de preuve, que la suppression hypothétique de la sécrétion interne est susceptible de provoquer des troubles. Enfin, les troubles psychiques qui apparaissent aux périodes principales de la vie génitale sont considérés par lui comme dépendant des modifications apportées dans la sécrétion interne.

D'autres causes peuvent, d'ailleurs, être invoquées, et je laisse aux aliénistes le soin de les indiquer. Notre collègue me paraît établir une confusion entre le syndrome glandulaire physiologique, et le seul syndrome glandulaire pathologique que nous devons rechercher. D'autre part, il ne nous apporte aucune preuve clinique, ni anatomo-pathologique, de la lésion ovarienne. Or, il faut, selon moi, démontrer que cette lésion, dûment constatée, est susceptible d'entraîner un syndrome clinique indépendant de tout phénomène physiologique, auquel viendront se surajouter des troubles psychiques.

La castration opératoire peut, *a priori*, fournir ce desideratum, puisque la suppression de la glande entraîne la disparition de toute sécrétion. Mais, tout d'abord, les ovaires enlevés sont rarement sains; c'est là un point important. De plus, toute intervention est susceptible d'entraîner une psychose post-opératoire: psychose toxique ou autotoxique, selon la conception de Régis, psychose par réveil d'une psychopathie antérieure, d'après les idées que je soutiens.

Ces formes une fois éliminées, on peut se trouver en face du vrai syndrome considéré par les auteurs comme dépendant de l'hyposécrétion ovarienne. Dans ce syndrome, il est des symptômes (troubles vaso-moteurs et de nutrition) qui paraissent dépendre surtout de la suppression de la menstruation. Il s'y ajoute des troubles mentaux (manie ou mélancolie). Dépendent-ils de la suppression de la glande? Or, j'ai relevé, sur 43 cas d'opérées, 23 dans lesquels on constate l'existence du syndrome glandulaire. Celui-ci apparaît à la suite des opérations les plus diverses, curetage, périnéorraphie, néphropexie, hernie ombilicale, amputation du sein, cure d'éventration. Un homme qui avait subi la résection de l'épaule présentait ce même syndrome.

Ces constatations viennent ruiner la doctrine de l'hyposécrétion ovarienne. D'ailleurs pour ses partisans, le critérium est fourni par les résultats de l'opothérapie. Plusieurs de nos collègues ont excellemment dit ce qu'il fallait penser de cette méthode et je n'ai pas à y revenir.

En résumé, je crois que chez les opérés ce syndrome doit rentrer dans le cadre des psychoses par opération et que leur pathogénie en dehors de l'infection doit être recherchée dans l'état mental antérieur ou la prédisposition héréditaire. La psychothérapie m'a souvent donné, dans ces cas, d'excellents résultats.

RÉPONSE DU RAPPORTEUR

M. LAIGNEL-LAVASTINE, rapporteur. — Il résulte de la discussion que le Congrès accepte complètement la première des conclusions de mon rapport, reconnaît la grande probabilité de la seconde présentée par moi sous forme interrogative et discute la possibilité des troisième et quatrième que je n'ai émises qu'à titre d'hypothèses permettant d'orienter les recherches à venir.

Plus particulièrement je suis heureux d'entendre M. le professeur Régis dire que les psychoses toxiques, caractérisées au point de vue sémiologique par la confusion mentale, la torpeur, l'amnésie, le délire clinique, peuvent aussi bien que d'origine hépatique ou rénale, être causées par des perturbations des glandes à sécrétion interne. C'est la confirmation de la deuxième conclusion de mon rapport.

Elle marque une étape dans l'histoire des psychoses toxiques, et de même qu'au Congrès de la Rochelle, après le rapport de MM. Régis et Chevallier-Lavaure on fit rentrer dans le cadre des psychoses toxiques, à côté des délires exo-toxiques, les délires endo-toxiques par insuffisance hépatique, rénale ou digestive, de même aujourd'hui il me paraît évident qu'on admet, comme très probable que des perturbations des glandes à sécrétion interne peuvent entraîner, comme des perturbations hépatiques, rénales ou digestives, des psychoses toxiques à type de confusion mentale.

Mais faisant un pas de plus je me demande si les psychoses toxiques à type de confusion mentale résument toute la sémiologie psychique qui peut relever des troubles de sécrétions internes et s'il ne serait pas possible d'admettre que certaines nuances nerveuses et psychiques, changements d'humeur ou variétés de caractère qu'on étiquette de termes divers, nervosisme, neurasthénie, psychasthénie, voire même certaines poussées maniaques ou mélancoliques puissent être sous la dépendance de variations plus ou moins légères dans le fonctionnement d'une ou de plusieurs glandes endocrines. Et peut-être, dans cette voie, dans l'analyse des troubles de la vie affective, qui reflète mieux que la vie intellectuelle les moindres changements fonctionnels, trouvera-t-on, plus facilement que dans l'étude des syndromes massifs de confusion mentale, les caractères sémiologiques particuliers, qui, unis aux critères anatomo-pathologiques et opothérapiques, permettraient, dans un avenir plus ou moins éloigné, de rapprocher tel trouble neuro-psychique de tel trouble glandulaire.

De plus M. Régis a trouvé trop générale la proposition que j'ai émise, à titre d'hypothèse, que tout délire est toxique, au moins à son début. Il n'a jamais été dans ma pensée de vouloir confondre tous les délires, et, au point de vue sémiologique, l'acquisition de la notion des délires toxiques opposés aux vésanies est trop précieuse et trop exacte pour que je la combatte.

Ma proposition n'a qu'une valeur toute théorique d'hypothèse pathogénique, rempla-

çant par une idée un aveu d'ignorance. On pourrait d'ailleurs trouver un terrain d'entente en considérant d'une part que les émotions et toutes les causes dites morales de la folie s'accompagnent toujours de modifications chimiques de l'organisme et en étendant à la race ce que je dis de l'individu. Tout délire n'est-il pas toxique, au moins à son début, que la perturbation toxique date de l'individu lui-même ou de ses ascendants?

J'ai, avec plaisir, entendu M. Claude confirmer les considérations générales exposées dans mon rapport sur les causes d'erreur et les difficultés d'interprétation inhérentes aux troubles psychiques en relations avec les syndromes glandulaires. M. Léopold Lévi a discuté la critique que j'ai faite du criterium thérapeutique, quand je lui ai reproché de ne pas permettre la contre-épreuve. Cette absence de contre-épreuve est, en effet, ce qui rend si difficile l'avancement scientifique de la thérapeutique chez l'homme; sont toujours sujets à discussion les critères thérapeutiques.

Je remercie vivement M. le professeur Grasset d'avoir mis en valeur l'intérêt du double rapport de causalité entre troubles psychiques et glandulaires, en montrant qu'à côté de symptômes psychiques dépendant des glandes il y a aussi des troubles sécrétoires, qui sont directement sous l'influence de perturbations de l'encéphale. C'est là un point que j'ai signalé ailleurs dans mes recherches sur le sympathique. Les observations anatomo-cliniques de MM. Joffroy et Léri, relatives aux lésions profondes des surrénales chez deux mélancoliques anxieux, viennent s'ajouter au fait analogue que j'ai déjà relevé avec A. Vigouroux, et donner corps à l'hypothèse que j'ai émise de la probabilité de lésions glandulaires chez les mélancoliques, qui sont, parmi les malades dits mentaux, ceux qui ont plus l'aspect de morbides généraux. L'observation de M. Roubinovitch de troubles psychiques chez un acromégalique est un nouveau cas à ajouter à ceux que j'ai signalés.

M. Piqué me critique dans ma méthode d'exposition et dans mon interprétation des faits.

Quant à la méthode, il me reproche, dans mon chapitre des troubles psychiques dans les syndromes ovariens, de citer des faits de psychoses infectieuses et de confondre le syndrome glandulaire physiologique et le seul syndrome glandulaire pathologique que nous devons rechercher. Mais les infections ne déterminent-elles pas, dans la majorité des cas, des troubles mentaux, par l'intermédiaire de perturbations glandulaires, et qu'est-ce qu'un *syndrome physiologique*, sinon une expression contradictoire?

Quant à l'interprétation des faits, M. Piqué paraît me reprocher un trop grand radicalisme et croire que j'admets un simple rapport unilatéral entre l'insuffisance ovarienne au cours des divers accidents des phases de la vie génitale féminine, et les psychoses qui peuvent les accompagner; mais, au contraire, j'ai tenu expressément à insister sur la multiplicité et la complexité des facteurs qui peuvent se joindre aux perturbations ovariennes et les remplacer pour déterminer les troubles mentaux observés.

COMMUNICATIONS RELATIVES AUX GLANDES A SÉCRÉTION INTERNE

Les Glandes Vasculaires Sanguines chez les Aliénés, par M. MAURICE DIDE (d'Auxerre).

On peut connaître l'influence des glandes vasculaires sanguines sur le fonctionnement psychique par les opérations chirurgicales portant sur ces organes qui réalisent de véritables expériences physiologiques et par l'anatomie pathologique de ces glandes chez les aliénés.

Les données expérimentales prouvent que l'importance des différentes glandes est très inégale. L'état mental des châtrés et des ovariectomisées n'a rien de spécifique.

La destruction des capsules surrénales s'accompagnant nécessairement de lésions sympathiques, les altérations mentales sont d'origine douteuse. Pour le corps pituitaire on ne raisonne que par analogie, c'est-à-dire sans certitude.

L'ablation du corps thyroïde, elle, est spécifique et entraîne un état myxœdémateux.

Il existe un certain degré de synergie fonctionnelle entre les différentes glandes vasculaires sanguines, et c'est, à mon sens, à une altération réflexe de la glande thyroïde qu'il faut attribuer la majorité des troubles mentaux signalés dans les autres cas.

J'ai cherché à montrer l'analogie du myxœdème et d'un syndrome fréquent chez les déments précoces : le pseudo-œdème catatonique. Je ne peux pas reprocher à M. Laignel-Lavastine de n'avoir pas discuté cette conception puisqu'il a écarté les aliénés de son étude.

Pour les lésions des glandes à sécrétion interne je n'ai pas trouvé non plus de documents dans le travail du rapporteur. J'ai examiné depuis sept ans les glandes vasculaires sanguines de presque tous les aliénés qui sont morts dans mon service, et vraiment il y a peu de chose à dire en dehors du corps thyroïde. Pour cet organe je l'ai étudié avec M. Perrin de la Touche.

Comme notre travail est cité un peu partout, je n'en dirai que deux mots. Nous avons classé des altérations du corps thyroïde chez les aliénés suivant la disposition de la sclérose et les altérations vésiculaires. On trouve le maximum de lésions dans les états toxiques sans qu'il soit possible de dire si les lésions constatées sont primitives ou secondaires.

Les Capsules Surrénales dans l'Anencéphalie. (Nouvelle contribution à la pathogénie des altérations congénitales du système nerveux), par M. ANDRÉ LÉNI (de Paris).

L'aplasie des capsules surrénales est un fait constant dans l'anencéphalie. Elle est toujours *considérable*, au point que ces glandes peuvent être considérées comme fonctionnellement absentes. Nous avons signalé, avec Bender, la constance de ce fait, après Biesing, Magnus et Zander, et avant Ruju. On trouve les chiffres suivants :

Nouveau-né à terme normal....	Rein.....	15 ^{gr}	Capsule.....	5 ^{gr} ,20
Fœtus de 5 mois.....	Rein.....	1 ^{gr} ,60..	Capsule.....	1 ^{gr} ,20
Anencéphale A (né à 10 mois 1/2)....	Rein droit....	12 ^{gr} ,60..	Capsule droite.	0 ^{gr} ,60
—	— gauche..	11 ^{gr}	—	0 ^{gr} ,60
Anencéphale B (8 mois 1/2)....	Rein droit....	5 ^{gr} ,20..	Capsule droite absente	
—	— gauche..	5 ^{gr} ,20..	— gauche	0 ^{gr} ,10
Anencéphale C (7 mois 1/2)....	Rein droit....	3 ^{gr} ,30..	Capsule droite	0 ^{gr} ,20
—	— gauche..	1 ^{gr} ,50..	— gauche	0 ^{gr} ,20
Anencéphale D (9 mois).....	Rein droit....	9 ^{gr} ,20..	Capsule droite.	0 ^{gr} ,35
—	— gauche..	8 ^{gr} ,80..	— gauche	0 ^{gr} ,30

D'après ces chiffres il est évident qu'il n'y a pas simple coïncidence, mais *relation de cause à effet* : quelle est cette relation ?

L'atrophie des surrénales n'est pas la cause déterminante de l'anencéphalie, car celle-ci n'est pas un arrêt de développement, mais la conséquence d'une maladie inflammatoire du système nerveux central. L'aplasie surrénale (qui est nettement élective, car les autres organes sont intacts) n'est pas non plus la conséquence d'une lésion du sympathique, car le sympathique est normal.

La surrénale s'atrophie peut-être parce qu'elle est l'organe producteur essentiel de lécithine, que la lécithine sert surtout au développement du système nerveux et que la glande est inutile après la destruction du cerveau.

Comme tous (ou presque tous) les anencéphales sont des filles, on peut aussi supposer que l'aplasie des surrénales est préalable à la destruction du cerveau, que le testicule, organe riche en lécithine, peut jusqu'à un certain point jouer un rôle vicariant, en l'absence des surrénales, dans le développement du système

nerveux, mais que l'absence simultanée de testicules et de surrénales enlève au cerveau toute résistance et le prédispose à l'éclatement qui constitue l'anencéphalie en cas de méningo-encéphalite furtale avec hydrocéphalie.

De nouvelles recherches dans ce sens seront utiles à l'étude des relations physiologiques et pathologiques entre le système nerveux et les glandes à sécrétion interne, notamment les glandes surrénales et génitales.

Étude de 17 cas d'Épilepsie au point de vue de l'état des Glandes à sécrétion interne, par MM. HENRI CLAUDE et A. SCHMIEGELD.

Les modifications des diverses glandes à sécrétion interne sont constantes chez les épileptiques, mais elles varient dans leur intensité et leurs localisations. En dehors des altérations attribuables à la sénilité, dans quelques cas les lésions sont beaucoup plus fréquentes et beaucoup plus prononcées chez les sujets relativement jeunes, indemnes de grosses lésions encéphaliques, mais ayant succombé pendant les états de mal. Dans tous les cas, nous avons observé des altérations de la glande thyroïde; douze fois la structure de la glande était complètement bouleversée; on peut constater, à côté des régions étendues atteintes de sclérose atrophique, des zones limitées d'hypertrophie compensatrice. En ce qui concerne les autres glandes, voici un résumé des constatations faites dans les divers cas.

Sept de nos malades étaient morts en état de mal.

OBSERVATION I. — Hypofonction de la thyroïde, des parathyroïdes, de l'hypophyse, des ovaires; destruction complète d'une surrénale par un kyste hémorragique, l'autre en hypofonction.

OBSERVATION III. — Thyroïde à peu près complètement détruite par la sclérose, quelques zones d'hypertrophie compensatrice. Nécrose par thrombo-artérite des parathyroïdes d'un côté; les diverses glandes en hypofonction relative.

OBSERVATION VI. — Hypofonction généralisée avec atrophie des diverses glandes, avec maximum des lésions au niveau des ovaires, cas à rapprocher des faits d'insuffisance pluriglandulaire.

OBSERVATION VII. — Grosses altérations destructives de l'appareil thyro-parathyroïdien; les autres glandes, peu altérées, n'ont pas les aspects de l'hypertrophie vicariante.

OBSERVATION VIII. — Les diverses glandes endocrines sont peu altérées, à l'exception des thyroïdes, certaines même sont l'aspect de l'hyperfonctionnement, mais le foie et les reins sont très malades.

OBSERVATION IX. — Toutes les glandes sont à peu près normales, sauf les ovaires qui sont scléreux, polykystiques, et ne présentent pas de follicules de Graaf en évolution; or, cette malade avait été prise tout récemment de crises épileptiques qui bientôt affectèrent le caractère subintrait et causèrent la mort. La menstruation avait toujours été assez régulière; elle était supprimée totalement depuis plusieurs mois.

OBSERVATION X. — Grosses lésions thyroïdiennes, hépatiques et rénales.

Trois de nos malades ne succombèrent pas en état de mal, mais moururent brusquement :

OBSERVATION II. — Mort brusque au second jour d'une angine non diphtérique, d'apparence bénigne; thyroïde à peu près détruite par la sclérose, ovaires malades, néphrite.

OBSERVATION IV. — Malade trouvée morte un matin dans son lit; pas de lésions viscérales; altérations profondes de l'appareil thyro-parathyroïdien, hémorragies des deux surrénales.

OBSERVATION V. — Au cours d'un état d'excitation maniaque subit, suicide : lésions inflammatoires subaiguës du thyroïde, thyroïdite en évolution, sclérose des parathyroïdes, hypofonction hypophysaire.

Dans sept cas d'épilepsie, qu'on peut étiqueter symptomatiques, puisqu'il y avait des troubles démentiels et des lésions organiques des centres nerveux, les altérations des glandes étaient, en général, moins accusées que dans les faits

précédents; ces constatations nous paraissent démontrer que, dans la pathogénie de certaines crises épileptiques, le trouble fonctionnel des glandes à sécrétion interne peut être mis en cause au même titre que d'autres facteurs d'intoxication, exogènes ou endogènes, et que, dans la thérapeutique de chaque cas d'épilepsie, il pourra être utile de chercher à combattre les troubles glandulaires, dont l'étude clinique permettra de soupçonner l'existence, par une opothérapie appropriée.

M. LÉOPOLD-LÉVI (de Paris). — La méthode anatomique suivie par M. Claude, les coupes des glandes et leur examen histologique, ne permettent pas d'apprécier l'hyper ou l'hypo-fonctionnement d'une glande; c'est à la physiologie, c'est aux injections qu'il faut s'adresser. Pour ma part, l'opothérapie ne m'a pas donné de résultats indubitables dans l'épilepsie.

J'insiste sur les lésions de l'hypertrophie de la thyroïde qui coexiste d'une façon commune avec les lésions de sclérose et qui est le substratum anatomique de l'instabilité thyroïdienne de Léopold-Lévi et H. de Rothschild.

Des Syndromes Psychonerveux Thyroïdiens, par MM. LÉOPOLD LÉVI et H. DE ROTHSCHILD.

1° *Psychasthénie*. — Les auteurs rapportent un cas personnel qui est l'opposé du cas de MM. Parhon et Goldstein.

2° *Neurasthénie*. — La démonstration de l'existence de la neurasthénie thyroïdienne s'appuie sur :

L'influence favorable du traitement thyroïdien ;

L'expérimentation (cas d'Acchiote) ;

L'intrication de troubles neurasthéniques et de troubles d'insuffisance thyroïdienne, modifiés par le traitement.

Il ne s'agit pas de myxœdémateux frustes, comme dans les cas de M. Claisse, mais de neurasthéniques, porteurs de signes d'insuffisance thyroïdienne ;

3° *Hystérie*. — Le pithiatisme se développe sur le terrain de l'hyperthyroïdie et se relie parfois à lui par degrés insensibles.

Certains phénomènes (fièvre, troubles vasomoteurs) observés chez les hystériques peuvent s'expliquer dans certains cas par l'hyperthyroïdie concomitante.

4° *Nervosisme*. — Les auteurs rappellent leurs observations précédentes et citent le cas de Bloodgood.

Ils concluent que le système endocrinique règle le système nerveux, opinion citée par Zülger, Falta, Eppinger et Rüdinger. Peut-être l'hyperthyroïdie agit-elle par l'intermédiaire de l'adrénalinémie (Kraus et Friedenthal).

Psychasthénie par instabilité Thyroïdienne et Hypoovarie. Succès de l'Opothérapie associée, par MM. LÉOPOLD LÉVI et H. DE ROTHSCHILD.

Une malade de 39 ans est atteinte depuis quatre ans d'idées fixes, d'obsessions, de peurs, d'angoisses et de tristesse. Elle ressent une fatigue extrême, manque de volonté. Les phénomènes s'exagèrent à la période prémenstruelle.

L'analyse endocrinique du tempérament de la malade fait relever une sensation de tremblement intérieur, des battements de cœur, un cou volumineux,

des impatiences, etc., phénomènes d'hyperthyroïdie ; de la frilosité, du gonflement du visage le matin, de la constipation, de la tristesse, phénomènes d'insuffisance thyroïdienne.

En somme, instabilité thyroïdienne, à maximum d'hyperthyroïdie.

En outre, règles peu abondantes, début de moustache, exagération des phénomènes dans la période prémenstruelle, signes dénonçant de l'hypoovarie.

Le traitement thyroïdien à faibles doses améliore d'abord très rapidement la malade.

Puis après une grippe survient une rechute. L'association de corps thyroïde et de corps jaune la met dans un état qui la satisfait et qui la rend capable de supporter de vives émotions.

Ajoutons qu'une sœur de la malade, atteinte de neurasthénie avait été améliorée par l'ovarine (hypoovarie familiale).

L'Opothérapie Ovarienne et Hypophysaire dans certains Troubles Mentaux, par MM. SOLLIER et CHARTIER (de Boulogne-sur-Seine).

Sur 9 cas d'accidents mentaux présentant des rapports certains, mais d'ordres différents, avec des troubles fonctionnels des glandes à sécrétion interne, et traités par l'opothérapie, 8 ont donné des résultats intéressants.

- D'une façon générale, le traitement par l'ocréine a provoqué le retour des fonctions menstruelles, et la cessation des troubles d'insuffisance ovarienne, tant chez des sujets jeunes que chez les femmes étant à l'époque de la ménopause.

D'autre part, il a déterminé une excitation générale, physique et psychique, qui a été très favorable, dans des états de dépression mélancolique par exemple ; d'ailleurs le parallélisme entre les résultats obtenus sur les troubles somatiques et sur les accidents psychopathiques, n'est pas constant, bien que, manifestement, dans plusieurs cas, cette opothérapie ovarienne ait une influence très nette sur la guérison des troubles mentaux.

L'opothérapie hypophysaire, dans tous les cas, a donné les résultats qui ont été déjà signalés : relèvement de la tension artérielle, diminution de la rapidité du pouls, suppression des sueurs profuses, amélioration de l'asthénie.

Au point de vue psychique, elle a nettement pour effet, dans ces cas en particulier, de faciliter la synthèse de perception et l'association des idées, de diminuer la lenteur des réactions volontaires et d'améliorer la mise en train des diverses opérations mentales. Associée à l'ocréine, l'hypophyse a de la sorte régularisé l'action excitative de la première, sans en améliorer les effets.

On ne peut évidemment conclure de ces faits à la pathogénie des syndromes mentaux en question. Mais en sériant les expérimentations, les auteurs ont ainsi apporté une contribution à l'étude du rôle des sécrétions des glandes internes dans la physiologie pathologique. 1 pour 100 des troubles fonctionnels généraux en rapport avec ces glandes, 2 pour 100 des accidents psychopathiques présentent avec les premiers une relation de coïncidence ; et ils ont pu établir, pour certains cas, l'existence d'un parallélisme entre l'évolution des phénomènes généraux glandulaires et celle de certains accidents psychopathiques.

Note sur les rapports de la Catatonie avec les altérations de l'appareil Thyroparathyroïdien, par C. PARHON et C. URECHIA (de Bucarest).

Les auteurs rappellent les faits qui prouvent le rôle des états toxiques et infectieux dans la pathogénie de la catatonie, et surtout l'hypothèse de Lundborg qui met ce syndrome en rapport avec des altérations des fonctions parathyroïdiennes.

Comme Blum et Pineles ils ont observé des attitudes catatoniques chez les chiens ayant subi l'ablation de l'appareil thyroparathyroïdien. Deux photographies accompagnant la communication montrent : l'une, un chien ayant subi cette opération et restant la tête fléchie, le museau touchant le sol, le dos courbé ; l'autre, le même animal avec le dos courbé, la tête fléchie et tournée un peu à droite. En outre, fait important, l'animal tient la patte antérieure gauche élevée et fléchie, attitude imprimée par les auteurs.

Ils concluent que les animaux ayant subi l'ablation de l'appareil thyroparathyroïdien présentent souvent des phénomènes rappelant la catatonie de l'homme, fait qui doit fixer l'attention de ceux qui s'intéressent à la pathogénie de ce syndrome, dans lequel il est possible que les altérations de ces deux glandes (thyroïde et parathyroïde) aient une action. Ils rappellent que Muratow a trouvé des altérations dans la glande thyroïde des catatoniques, mais que Kraepelin n'a pas obtenu d'améliorations avec l'opothérapie thyroïdienne. Eux-mêmes avec le même traitement ainsi qu'avec l'opothérapie parathyroïdienne n'ont observé non plus aucun résultat encourageant.

Recherches anatomo-pathologiques sur la glande Thyroïde et l'Hypophyse dans 2 cas de Rhumatisme Chronique, par C. PARHON et M. GOLDSTEIN (de Bucarest).

Dans le premier cas (observation clinique publiée par Parhon et Popinian, dans la *Presse médicale*, n° 1, 1905), on observe une sclérose des plus nettes de la glande thyroïde, des bandes scléreuses entourent et isolent presque tous les follicules. Dans l'hypophyse on observe un épaississement scléreux des parois des vaisseaux qui présente un aspect homogène, ce qui tient certainement à un processus dégénératif. La plupart des cellules ont le type chromophile, ce qui peut tenir à la tuberculose dont est mort ce malade. On observe en outre des îlots de cellules hématoxylinophiles, ainsi que des follicules de cellules chromophobes entourent un contenu « colloïde » coloré d'une façon assez intense par l'hématoxyline. Le nombre de ces follicules, sans être trop grand, est assez important pour attirer l'attention.

Dans le second cas, sclérose moins nette de la thyroïde, mais les follicules sont pour la plupart petits et contiennent de la colloïde colorée en violet foncé par l'hématoxyline, ce qui indique certainement une altération. Dans l'hypophyse dont les cellules sont pour la plupart éosinophiles, on constate dans ce cas aussi un grand nombre de follicules dont le contenu est coloré en violet foncé par l'hématoxyline. Cette altération hypophysaire semble être secondaire à celle thyroïdienne ou à une altération thyroparathyroïdienne, ainsi que des recher-

ches expérimentales personnelles et les constatations que d'autres ont faites dans l'hypophyse des crétins tendent à le prouver.

Les altérations thyroïdiennes décrites par Parhon et Goldstein apportent un appui à la théorie d'un rapport entre les modifications thyroïdiennes — surtout l'insuffisance — et le rhumatisme chronique.

Considérations sur le rôle des Altérations Endocrines dans la pathogénie de la Dégénérescence, par C. PARHON (de Bucarest).

L'auteur reprend cette idée qu'il a soutenue déjà avec Marbé et Goldstein dans deux travaux antérieurs et que Lundborg a développée également dans un article paru récemment dans l'*Encéphale* (n° 2, 1908).

Il essaie d'établir une classification provisoire des phénomènes dégénératifs en rapport avec les différentes glandes à sécrétion interne. Voici cette classification résumée :

Phénomènes dégénératifs en rapport avec la glande thyroïde : infantilisme, myxœdème, crétinisme. Les phobies, les obsessions semblent être dans certains cas en rapport avec l'hyperthyroïdisme. (Voir *Revue Neurologique*, n° 1, 1908.)

Phénomènes dégénératifs en rapport avec l'hypophyse : Acromégalie, gigantisme, certains cas d'infantilisme, tels que celui de Raymond (*Leçons cliniques*, tome V) et celui de Nazari.

Phénomènes dégénératifs en rapport avec les glandes génitales. Infantilisme avec gigantisme des « castrats naturels » peut-être la gérodermie génito-dystrophique. Les phénomènes de dégénérescence psychique apparaissant à la puberté ou dans la période prémenstruelle semblent de même en relation avec un déséquilibre entre les fonctions endocrines des glandes génitales et celles des autres glandes endocrines.

Phénomènes dégénératifs en rapport avec les capsules surrénales. Ici on doit citer surtout les cas d'aplasie de ces organes coexistant avec l'anencéphalie.

II^e RAPPORT

NEUROLOGIE

Formes cliniques et diagnostic des névralgies

PAR

M. H. VERGER (de Bordeaux).

(Résumé communiqué par l'auteur).

La névralgie n'est pas une maladie autonome des nerfs, comme on a pu le croire longtemps. Le progrès des connaissances anatomo-pathologiques a permis, dans beaucoup de cas, de rapporter les symptômes névralgiques à des lésions diversement situées sur le trajet des conducteurs sensitifs, lésions de nature anatomique différente, présentant ce seul caractère physiologique com-

mun d'exercer, directement ou indirectement, une action irritante sur les fibres centripètes.

De ce principe, dont la démonstration n'est plus à faire, on peut inférer que la névralgie représente, non une maladie *sine materia* ni une affection des nerfs relevant d'une cause anatomique univoque, mais un symptôme clinique qui traduit l'irritation des conducteurs centripètes en un point quelconque de leur trajet, depuis les ultimes ramifications d'origine dans la peau et les organes périphériques, jusqu'aux racines postérieures.

Le problème consiste à rechercher si le syndrome névralgique offre des variétés distinctes, cliniquement reconnaissables, en rapport avec le siège topographique des lésions algésiogènes, ce qui suppose, d'une part, l'analyse minutieuse des symptômes extrinsèques et intrinsèques dans chaque observation; d'autre part, la détermination exacte, dans chacun des cas analysés, du siège de la lésion, cette dernière recherche pouvant, dans une certaine mesure, être indépendante de la recherche, souvent impossible cliniquement, de la nature anatomique de la lésion elle-même. Dans certains cas, le siège de la lésion algésiogène peut être déterminé d'une façon exacte par le seul examen clinique ordinaire. Dans d'autres cas, il devient nécessaire d'employer un artifice expérimental. Cet artifice nous est fourni par la méthode des injections de cocaïne, préconisée en 1900, au Congrès de Paris, par M. le professeur Pitres. La cocaïne, en effet, détermine, au point où elle atteint le nerf, une véritable section physiologique temporaire. Si on la fait agir, soit au niveau de la zone d'action algésiogène, soit au-dessus de cette zone, tant que dure la section physiologique, les centres ne reçoivent plus d'excitation et la douleur spontanée cesse momentanément. On peut ainsi distinguer, au point de vue qui nous occupe :

1° *Des névralgies d'origine périphérique* qui seraient, elles-mêmes, extra-fasciculaires si la cause algésiogène agit sur les terminaisons nerveuses et qui seraient soulagées alors par la cocaïne *loco dolente*; ou fasciculaires, si la cause agit sur le nerf lui-même et ne seraient soulagées que si la cocaïne agit sur le nerf au-dessus du point irrité.

2° *Des névralgies d'origine radiculo-médullaire* où la cause agit sur les racines postérieures et qui ne seraient soulagées par aucun des modes d'injection précédents, mais seulement quand la cocaïne sera directement portée sur les racines elles-mêmes, par injection intra-arachnoidienne. Cette dernière épreuve n'étant que rarement applicable, du reste, l'origine radiculo-médullaire ressortira surtout de considérations extrinsèques.

3° *Des névralgies d'origine proprement centrale* qui résultent de l'action propre des centres percepteurs, à l'exclusion de toute lésion algésiogène constatable par nos moyens actuels.

Ce sont de véritables hallucinations sensitives qu'on rencontre principalement dans les névroses dont, par suite, la pathogénie, en l'état de nos connaissances, reste encore parfaitement obscure.

Nous avons appliqué les principes précédents à l'étude des névralgies de la face, du thorax et des membres, c'est-à-dire aux névralgies les mieux connues et les mieux individualisées et, dans chacune de ces variétés, nous avons pu distinguer des variétés cliniques correspondant aux divisions précédentes.

1. — Dans les névralgies de la face l'épreuve de la cocaïne permet de distinguer facilement, indépendamment d'autres considérations, les névralgies d'ori-

gine périphérique de celles qui reconnaissent une origine radiculo-ganglionnaire. On peut distinguer ainsi cinq types cliniques distincts :

1° *Les névralgies d'origine périphérique aiguës ou subaiguës* symptomatiques de lésions locales, de toxi-infections ou de toxémies générales, qui sont des névralgies passagères facilement curables par les moyens médicaux.

2° *Les névralgies chroniques d'origine périphérique* dans lesquelles la cause algésigène réside au niveau des extrémités et consiste, le plus souvent, dans les lésions dentaires. Les deux principaux caractères cliniques de cette variété consistent dans la continuité de la douleur entre les paroxysmes et dans l'influence évidente qu'exercent sur l'apparition de ces paroxysmes les excitations directes de la zone algésigène par pression ou friction.

Ces névralgies sont graves, en ce sens qu'elles n'ont guère de tendance à la guérison spontanée.

3° *Les névralgies d'origine radiculo-ganglionnaire* par lésion inflammatoire ou néoplasique, comprimant ou envahissant directement le ganglion de Gasser ou la racine sensitive de la V^e paire. On les trouve dans l'évolution de certains néoplasmes encéphaliques, dans la syphilis tertiaire et le tabes. Elles sont caractérisées par l'intensité des douleurs, qui sont continues, avec des paroxysmes, par l'extension des phénomènes douloureux à toute une moitié de la face, par l'existence constante des troubles hypoesthésiques ou anesthésiques et par la coexistence fréquente d'une paralysie unilatérale des muscles masticateurs.

4° *Les névralgies essentielles* répondant au type décrit par Trousseau sous le nom de : névralgie épileptiforme ou de tic douloureux.

La localisation de la cause algésigène, dans cette variété, ne saurait encore être fixée d'une façon exacte, pas plus que sa nature, mais tout porte à croire qu'elle doit être recherchée au-dessus des extrémités périphériques et même au-dessus des troncs nerveux.

Les principales caractéristiques cliniques sont :

La douleur essentiellement paroxystique, avec des intervalles parfaitement indolores ;

L'absence de tout trouble objectif de la sensibilité du visage ;

Le peu d'effet, ou même l'absence totale d'effet des excitations périphériques ;

L'évolution longue et pratiquement indéfinie de la maladie et sa résistance remarquable à la thérapeutique.

5° *Les névralgies d'origine centrale* qui se voient dans l'épilepsie et l'hystérie et dont le diagnostic se fait par la considération du terrain sur lequel elles apparaissent, encore plus que par leurs caractères atypiques.

II. — *Les névralgies du thorax* ne présentent que très rarement le type classique de la névralgie intercostale, décrite par Valleix, avec ses points douloureux caractéristiques.

Il semble que ce type constitue un schéma qui ne correspond pas à la réalité des faits. L'analyse clinique montre qu'il existe au moins trois types distincts :

1° *Les névralgies d'origine périphérique* dans lesquelles la cause algésigène consiste dans des lésions névritiques disséminées. Elles sont particulièrement fréquentes chez les tuberculeux et se caractérisent par la topographie irrégulière des zones douloureuses qui ne correspondent ni à un espace intercostal, ni à une zone radiculaire, par la continuité de la douleur, son exacerbation, par la toux et par l'existence très fréquente de troubles objectifs de la sensibilité cutanée.

Elles sont calmées par l'injection de cocaïne *loco dolente*.

2° *Les névralgies dites réflexes* dont la cause déterminante réside dans des lésions viscérales du poulmon, de l'estomac, de l'intestin ou de l'utérus.

Elles sont caractérisées par l'existence d'une douleur sourde, diurne, sans élancements, sur laquelle les mouvements respiratoires n'ont pas d'influence, à topographie diffuse et sans troubles objectifs de la sensibilité. L'origine réflexe ressort de ce fait que la guérison des lésions viscérales guérit, du même coup, la névralgie.

On peut, dans certaine mesure, trouver dans leur étude, une confirmation de la théorie de Head sur les relations qui unissent l'innervation de la peau et celle des viscères.

3° *Les névralgies d'origine radiculo-ganglionnaire* qui peuvent être symptomatiques d'une compression radiculaire, comme dans le mal de Pott, ou traduire des lésions primitives des ganglions postérieurs et des racines correspondantes, comme dans les névralgies post-zostériennes.

La douleur spontanée est très intense, diurne et nocturne, avec des paroxysmes spontanés ou provoqués par la toux ou les efforts. La pression de la peau n'est pas douloureuse; il existe constamment des troubles anesthésiques disposés suivant la topographie radiculaire, en bandes horizontales croisant obliquement le trajet des espaces intercostaux.

La cocaïne *loco dolente* reste complètement inefficace.

Les névralgies d'origine centrale hystérique ou neurasthénique sont très fréquentes au niveau du thorax. Elles n'ont aucun caractère précis et se différencient des variétés précédentes par leur topographie diffuse et leur évolution régulière.

III. — LES NÉVRALGIES SCIATIQUES, qui sont les plus fréquentes de toutes les névralgies des membres inférieurs, peuvent être décrites sous quatre variétés différentes. Ce sont :

1° *Les sciaticques d'origine extra-fasciculaire* dans lesquelles l'irritation s'exerce sur quelques filets terminaux seulement et se refléchet, en quelque sorte, dans tout le territoire du nerf. Quelques auteurs en font des douleurs irradiées de *fausse sciaticque*.

Elles se caractérisent par une douleur continue, sans paroxysmes, exagérée par la marche, sans points douloureux de Valleix et sans signe de Lasègue.

2° *Les sciaticques d'origine fasciculaire* dont l'origine peut être extra-tronculaire, s'il s'agit d'une compression, ou intra-tronculaire, quand la lésion est intra-nerveuse, qu'il s'agisse de lésions passagères, congestives comme dans la sciaticque vulgaire, dite rhumatismale, ou de lésions plus profondes et plus durables, comme dans la variété décrite par Landouzy sous le nom de sciaticque névrite.

La douleur continue, irradiant dans tout le territoire du nerf, avec des paroxysmes provoqués par les mouvements, la marche, la toux et les efforts, la scoliose croisée dans la station debout, la provocation de sensations très douloureuses par la pression du tronc nerveux aux points de Valleix et par les manœuvres d'élongation de Lasègue et de Bonnet, caractérisent essentiellement cette variété. L'atrophie musculaire, les troubles de la sensibilité objective disposés en zones irrégulières, sont des symptômes accessoires qui révèlent des lésions graves de tout le nerf et caractérisent les formes invétérées.

3° *Les sciaticques d'origine radiculo-médullaire* où la cause algésiogène est

rachidienne ou intra-rachidienne et exerce son action sur les racines postérieures.

La douleur est très intense et entrecoupée de paroxysmes spontanés, souvent plus fréquents et plus graves la nuit, même en dehors de toute origine syphilitique.

La douleur siège dans certaines zones qui correspondent à des bandes radiculaires. Elle est nettement exagérée par les efforts, la toux, la défécation. L'influence de la marche est, par contre, moins marquée que dans les variétés précédentes.

La pression du nerf aux points de Valleix, les manœuvres d'élongation ne sont que peu ou pas douloureuses. L'existence de bandes radiculaires d'anesthésie ou d'hypoesthésie est très fréquente, mais pas absolument constante. L'existence de phénomènes spasmodiques, de scoliose homologue, de contraction péri-coxale, d'exagération des réflexes tendineux, tous phénomènes caractérisant la sciatique spasmodique de Brissaud, se voient dans certains cas et révèlent une irritation médullaire surajoutée à l'irritation radiculaire. Enfin, la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien a été plusieurs fois constatée.

4° *Les sciatiques d'origine centrale* qui, comme les autres névralgies centrales, sont des névralgies atypiques.

IV. — LES NÉVRALGIES DU MEMBRE SUPÉRIEUR sont plus rares que les précédentes. Une seule variété paraît nettement individualisée, la névralgie d'origine radiculaire, caractérisée par une douleur intense, entrecoupée de paroxysmes spontanés ou provoqués par les mouvements et la toux, par l'existence de bandes anesthésiques correspondant aux racines atteintes et par l'absence ou le peu d'importance de la douleur provoquée par la pression des nerfs aux points de Valleix.

En conclusion, on peut dire que, dans tous les territoires nerveux, on distingue assez facilement les névralgies d'origine périphérique ou tronculaire, dans lesquelles le trajet des nerfs ou les points d'émergence des filets sont douloureux à la pression et qui s'exacerbent nettement par l'irritation mécanique des zones douloureuses, des névralgies d'origine radiculaire qui ne subissent que médiocrement ou pas du tout ces mêmes influences et s'accompagnent, dans la règle, de troubles objectifs de la sensibilité à disposition topographique caractéristique.

La distinction de ces variétés pathogéniques est de la plus haute importance pour la détermination des indications thérapeutiques.

DISCUSSION

M. F. LÉVY (de Paris). — M. Verger a très bien signalé les distinctions qui s'imposent dans les diverses espèces de névralgies. Il se rallie à l'opinion aujourd'hui universellement admise que les névralgies sont des syndromes et non des maladies. Mais il ne semble pas, à mon avis, déchirer assez nettement le lien qui sous ce nom générique unit des modalités essentiellement différentes de la douleur dans les nerfs de la face, les nerfs du thorax, les nerfs des membres. N'est-ce point en effet reconstituer avec un décor nouveau l'antique cadre des névralgies de Valleix que de les unifier dans la classification proposée par M. Pitres? Si cette catégorisation basée sur les effets immédiats de l'injection de cocaïne *loco dolente* est très ingénieuse, très séduisante, elle ne répond pas entièrement à la réalité, comme une classification purement clinique tirée simplement de l'observation du malade.

Quels sont en effet les principes d'une classification? C'est de permettre d'étiqueter sur un groupement naturel et le plus simple possible le plus grand nombre de faits. Or la classification étiologique répond essentiellement à ce *desideratum*, mais est aussi fort difficile à déterminer. Particulièrement en matière de névralgies, il faut reconnaître qu'elle est impossible à préciser, vu la complexité des éléments pathogéniques qui interviennent. Prenons par exemple une névralgie faciale dite des édentés. On a voulu en faire le corollaire d'une affection dentaire. Soit, mais *a priori* est-il des organes qui soient aussi souvent malades et chez autant de personnes que les dents? Est-il des lésions plus banales que les lésions dentaires et peut-on rapprocher leur fréquence de la rareté des névralgies faciales authentiques? Faute de données étiologiques suffisantes, il est nécessaire d'adopter une classification clinique. Pour ma part — en matière de névralgie faciale tout au moins — je lui donne la préférence. C'est à elle que je me suis rallié dans ma thèse qu'a bien voulu citer M. Verger.

Je la défends, non point par un amour propre d'auteur bien compréhensible — cette classification n'est pas de moi — mais parce qu'elle me semble répondre davantage aux faits.

Voyons d'abord la classification de M. Verger. M. Verger — et je me reporte à un intéressant mémoire de la *Revue de Médecine* de 1904 — dit que si le procédé de M. Pitres est facilement réalisable pour la sciatique par exemple, il n'en est pas de même pour d'autres nerfs.

« ... Dans le cas particulier de la névralgie faciale, écrit-il, il se heurte à certaines difficultés qui empêchent son emploi intégral. Les dispositions anatomiques des nerfs de la face font en effet qu'il est impossible de les atteindre le long du trajet des deux troncs principaux, nerfs maxillaire supérieur ou maxillaire inférieur. D'autre part il est impossible d'agir par ce moyen sur toute la partie intra-encéphalique du trijumeau. Il reste donc seulement à la disposition du médecin l'injection de cocaïne *loco dolente*. »

Par conséquent, voici déjà une restriction anatomique qui diminue singulièrement la valeur de la classification de M. Verger. Mais, outre cette restriction anatomique, une objection d'ordre clinique se présente également.

La méthode de l'injection *loco dolente* est parfaite dans les cas où un point douloureux constant et toujours le même existe — dans les cas par exemple où il y a un point osseux sur le rebord d'un maxillaire pour préciser. Mais dans les variétés de névralgies où les points douloureux n'existent pas, où il n'y a que des paroxysmes, où la douleur en éclairs parcourt un certain territoire délimitable, c'est vrai, mais souvent assez indistinct puisqu'il peut se trouver au confluent des arborisations nerveuses de deux branches différentes, dans ces variétés, dis-je, où ferez-vous l'injection? Et puis, suivant le lieu où vous la pratiquerez, la solution de cocaïne diffusera plus ou moins. Tout autre sera une injection dans le tissu dense et serré de la gencive ou dans les parties lâches d'une joue. Tout autre aussi sera la réaction du nerf à la cocaïne suivant que l'on aura affaire à un nerf antérieurement sain ou envahi à ce moment par l'inflammation.

Du reste, en compulsant les observations de M. Verger, j'ai noté des discordances. Leur lecture montre par quelques-unes d'entre elles les défauts de la classification. Parmi celles cataloguées névralgies faciales d'origine centrale, et où par conséquent la cocaïne *loco dolente* doit s'être montrée totalement inefficace, je relève l'observation X, page 58 :

« A la suite de l'injection les élancements douloureux persistent, *moins aigus peut-être pendant toute la durée de l'action de la cocaïne*. Dans les jours qui suivent la malade se déclare très améliorée. On lui fait le 20 une injection sous-cutanée d'un centimètre cube d'alcool à 40° au point précis où avait été faite l'injection de cocaïne.

« Trois jours plus tard la malade n'a plus de grandes crises et peut tousser, manger, parler sans en provoquer le retour. Voilà, ce semble, une observation où les injections *loco dolente* tant de cocaïne que d'alcool n'ont pas été absolument sans effet. Et c'est là une névralgie d'origine centrale?

Je pourrais également formuler des critiques analogues pour d'autres observations (observations XII, XIV, par exemple, etc.).

Et puis, si l'on voulait pousser à l'extrême la manière de voir de M. Verger, ne pourrait-on imaginer un chirurgien qui viendrait présenter une classification basée sur un principe analogue? La section d'un nerf sensitif, pourrait-il dire, supprime la sensibilité dans tous ses modes au-dessous du point coupé; si la cause algéiogene réside au-dessus de la section, je la supprime. En intervenant chirurgicalement, je crois pouvoir diviser mes névralgies en névralgies périphériques, qui cèdent momentanément à l'intervention opératoire, et névralgies centrales que n'influencent pas les sections nerveuses. Allant encore plus loin, notre opérateur pourra enlever le ganglion de Gasser et baser sur les résultats obtenus une nouvelle classification de ses névralgies centrales.

Tout ceci, pour en revenir à la division clinique basée sur la seule observation du malade et qui satisfait mieux l'esprit.

Aussi parmi les névralgies faciales vaut-il mieux distinguer :

1^{re} Une *petite névralgie faciale*, dont l'étiologie est banale et qui s'attaque à tous les individus, se caractérise des douleurs permanentes auxquelles se surajoutent des accès paroxystiques. Toujours et exclusivement dans cette forme se retrouvent les points douloureux de Valleix ;

2^{re} Une *grande névralgie faciale* n'évoluant que sur certains terrains neuroarthritiques (surtout migraineux). Elle est constituée de crises douloureuses dans l'intervalle desquelles le malade ne souffre pas. Là pas de points douloureux. Des phénomènes spasmodiques peuvent venir compliquer son évolution à un moment donné (tic douloureux).

Parmi les névralgies chroniques que décrit M. Verger, je voudrais dire un mot de la *névralgie des édentés*. Je ne l'ai pas, comme il croit, rangée dans la grande névralgie, mais simplement mise à la suite, ne sachant quelle place exacte lui donner dans la classification. Je n'en avais alors pas observé de cas et sur près de 100 malades atteints de névralgies rebelles je n'en ai encore pas trouvé. Je commence volontiers à croire qu'elle n'existe pas. Quel est son critérium ? Ce ne peut être son étiologie. Les causes invoquées : caries dentaires, alvéolites, périostites alvéolo-dentaires, sont trop banales. Elle ne possède pas davantage de base clinique et je ne partage pas l'avis de l'honorable rapporteur qui nous dit que « l'origine dentaire ressort nettement de l'examen clinique ». La thérapeutique par la méthode de Jarre (résection du rebord alvéolaire) pourrait peut-être lui servir de fondement en vertu de l'adage : *Sublata causa tollitur effectus*. Mais j'ai vu des névralgies qu'on avait cataloguées névralgies des édentés, névralgies alvéolaires, qu'on avait traitées comme telles et qui malgré de larges opérations continuaient à tourmenter les patients.

Je passe à la *névralgie des néoplasmes* que M. Verger me reproche d'avoir omise dans ma thèse. Je l'ai décrite mais avec les névralgies syphilitiques tertiaires. Je dis, page 129 de ma thèse : « la névralgie tertiaire du trijumeau causée souvent par la compression pachyméningitique du nerf à la base du cerveau, au niveau du ganglion de Gasser et dans son voisinage, a une symptomatologie des plus spéciales. Hâtons-nous du reste de dire que c'est celle de toutes les compressions de la région gassérienne, quelles qu'en soient les origines. »

Et je décrivais à cette névralgie si spéciale trois périodes :

1^{re} Phase de douleurs névralgiques ;

2^{re} Phase de paralysie du trijumeau ;

3^{re} Phase de troubles trophiques, sensitifs et moteurs (pouvant manquer).

Je suis même revenu ultérieurement sur ce sujet à propos d'une observation à la Société de Neurologie, et ai proposé le nom bien compréhensible de *syndrome gassérien*.

Deux mots, pour terminer, de la *névralgie des plexus de la face* que M. Verger n'admet pas. J'ai démontré dans ma thèse qu'elle était physiologiquement possible. Cela, M. Verger ne le conteste pas. Elle m'a paru exister en pathologie. Je rappelle l'observation que Gubler publia dans la *Gazette médicale* de 1864, sous ce titre : « Névralgie réflexe, plus tard anesthésie du trijumeau en rapport avec une névrite du facial et une paralysie incomplète du côté correspondant de la face. »

Chez un malade atteint de pyélonéphrite en puissance de septicémie, survint une otite qui se propagea à la région parotidienne et a amené une paralysie faciale gauche. « Au bout de 2 ou 3 jours, dit Gubler, cette paralysie par inflammation du nerf facial se compliqua de douleurs névralgiques vives et constantes, occupant non seulement les nerfs de sentiment placés au voisinage du foyer phlegmonique, mais aussi tous les rameaux sans exception du trijumeau. »

Cette névralgie, Gubler le prouve, était indépendante d'une irritation encéphalique. Bien plus, elle se compliqua d'hypoesthésie des régions frontale et maxillaire inférieures. Gubler expliquait ce cas par une *névralgie réflexe*, l'inflammation ayant déterminé dans les filets moteurs un ébranlement qui s'est propagé aux filets sensitifs. Eclairé par les données de la pathologie moderne j'ai cru devoir l'expliquer par une *névrite propagée* des filets du facial à ceux du trijumeau dont on connaît l'intrication périphérique en plexus.

Et puis, pour parler de névralgies des plexus de la face j'avais le travail de Verneuil sur les *Névralgies traumatiques secondaires précoces*, névralgies d'infection des plaies, légère névrite terminale n'arrivant pas en général aux troncs des nerfs sensitifs qu'elle fait néanmoins vibrer d'une façon passagère. Je recommande en particulier à M. Verger la lecture de l'observation 51. La névralgie des plexus de la face me paraissait donc

trouver les preuves de son existence dans les conditions étiologiques où elle se manifeste et aussi dans l'apparition concomitante et successive de spasme facial, de paralysie faciale, de névralgie trigémellaire.

MM. CLAUDE et CHARTIER (de Paris) rapportent, à propos du rapport de M. Verger, le cas d'une névralgie très violente consécutive à un zona cervico-maxillaire chez un homme de 58 ans. Cette névralgie, qui était à peine calmée par l'injection journalière de plus de 20 centigrammes de morphine, a été considérablement améliorée par l'effluviation de haute fréquence, associée aux ponctions lombaires répétées.

La ponction lombaire, faite plus de 7 mois après le début des accidents, a montré la présence d'une lymphocytose discrète, constituée par des éléments peu chromatophiles, déformés et d'origine ancienne.

RÉPONSE DU RAPPORTEUR

M. VERGER (de Bordeaux). — Les critiques que vient de me faire M. Lévy ne sont pas telles que nous ne puissions nous mettre vite d'accord. Dans les principes exposés en 1900 par M. Pitres et qui m'ont servi de guide, j'ai surtout retenu l'idée de la division en variétés pathogéniquement et cliniquement différentes, l'épreuve de la cocaïne restant seulement un moyen d'investigation précieux à coup sûr, mais non pas un critérium infailible. C'est par une analyse symptomatique minutieuse et par la comparaison des résultats de ces analyses dans chaque catégorie où la topographie de la cause algésiogène restait la même, que j'ai séparé ces différentes formes cliniques. Bien évidemment, la différenciation de ces formes, fondée sur des moyennes, ne saurait être absolue; elle procède toujours à quelque degré de la relativité des classifications nosologiques.

En ce qui concerne ce que M. Lévy appelle « les périalgies du plexus de la face », j'ai exposé dans mon rapport les raisons pour lesquelles elles ne me paraissaient pas constituer une espèce particulière. Au reste, M. Lévy reconnaît lui-même qu'il n'y a pas là une forme symptomatique spéciale, ce qui rend tout débat superflu.

III^e RAPPORT

ASSISTANCE

L'assistance des enfants anormaux

PAR

M. René Charon (d'Amiens)

L'intention du Congrès de Genève a été de limiter la discussion à cette classe de l'enfance anormale — la plus nombreuse il est vrai — où l'anomalie, apparemment exclusive ou manifestement dominante, est d'ordre neuro-psychique, c'est-à-dire à l'assistance des enfants psychiquement anormaux.

Il nous a paru qu'il n'y avait place, dans ce travail, que pour ceux qui sont nécessairement assistables, pour ceux qui, plus haut dans l'échelle de l'anormalité, doivent, pour diverses causes, dont les principales sont des raisons d'ordre ou de sécurité publiques, l'indigence ou l'incapacité des parents, être soumis,

dans des milieux extra ou juxta-sociaux, à des mesures plus ou moins restrictives, pour ceux, en un mot, qui sont insociables.

Ainsi limité, notre sujet peut, en fin de compte, se définir : l'assistance publique des enfants psychologiquement anormaux et insociables.

C'est dans la partie la plus nouvellement ouverte à l'exploration, dans celle des enfants anormaux sociables, des anormaux d'école, ainsi que les désigne Régis, que s'est fait, dans l'application pratique, le premier pas décisif. Sans attendre qu'une loi déterminât les conditions de fonctionnement d'un régime scolaire spécial, Paris, Lyon, Bordeaux sont entrés résolument dans la voie des réalisations, et leur exemple, vraisemblablement, sera, sans tarder, imité par toutes les grandes villes.

Mais, pour ce qui concerne les enfants plus gravement atteints, les dégénérés, si intéressants et si pitoyables, il est toujours vrai de dire que tout est à faire dans le pays des Séguin et des Bourneville.

Ce n'est point qu'on les oublie. Bien au contraire, et un fait important — l'introduction de l'obligation de l'assistance et du traitement des enfants dégénérés dans le projet de loi sur le régime des aliénés — s'est produit récemment. Mais l'esprit et la lettre de cet acte législatif soulèvent de vives critiques, inspirent de légitimes inquiétudes sur l'avenir de l'assistance des aliénés de toutes catégories, y compris les enfants dégénérés. Nous y avons trouvé la raison de présenter quelques considérations générales sur l'assistance des insociables, et d'exposer un programme de l'assistance publique des enfants dégénérés.

I. — CLASSEMENT. — Les anormaux psychiques forment deux grands groupes qui se différencient nettement par le caractère des réactions. Les uns, les moins atteints, restent sociables, et sont susceptibles d'être éduqués par des moyens spéciaux dans la vie ordinaire; on pourrait les désigner, et eux seulement, par le terme *arriérés*, ainsi que vient de le proposer la Commission de l'instruction publique, chargée d'étudier le projet de loi relatif à leur enseignement; les autres, les plus malades, les insociables, dont le traitement comporte des mesures de surveillance et de restriction, seraient appelés *dégénérés*.

Le groupe des dégénérés peut se diviser en deux classes :

1° Les *imbéciles*, qui jouissent de toute la gamme des facultés de relation, dont les anomalies anatomo-morphologiques sont peu accentuées, mais dont les facultés psychiques, soit dans la sphère intellectuelle, soit dans la sphère morale, soit dans la sphère affective, présentent des troubles quantitatifs et qualitatifs dont le caractère est la forme lacunaire.

2° Les *idiots*, qui sont privés de tout ou partie des facultés de relation, dont les anomalies anatomo-morphologiques sont plus ou moins accentuées et généralisées, et dont les facultés psychiques présentent des troubles quantitatifs et qualitatifs à forme globale.

Chacune de ces deux classes comprend deux genres, différenciés par le degré de gravité de leurs caractères pathologiques, et chaque genre se divise en variétés, d'après la prédominance des troubles qualitatifs chez les imbéciles, ou des causes étiologiques chez les idiots. On distingue ainsi, chez les imbéciles du premier degré, selon que les lacunes intéressent surtout l'attention, la réflexion, l'activité ou la volonté, les instables, les indisciplinés, les pervers; chez les imbéciles du deuxième degré, les impulsifs, les amoraux, les apathiques; chez les idiots du premier degré, les idiots hydrocéphales, microcéphales et myxœdémateux; chez les idiots du deuxième degré, les idiots congénitaux et les

idiots par lésions acquises. Ce qui donne pour les dégénérés le classement suivant :

DÉGÉNÉRÉS. — *Imbéciles.* — a) Imbéciles du premier degré : instables, indisciplinés, pervers. b) Imbéciles du deuxième degré : impulsifs, amoraux, apathiques.

Idiots. — a) Idiots du premier degré : hydrocéphales, microcéphales, myxo-démateux. b) Idiots du deuxième degré : congénitaux par lésions acquises.

La connaissance des degrés de sociabilité, d'éducabilité et de curabilité, qui découle des caractères cliniques, conduit à la détermination des modes d'assistance et de traitement médico-pédagogique pour chacune des variétés d'enfants psychiquement anormaux.

Au premier échelon de l'anormalité, les arriérés forment le groupe des *anormaux d'école* (Régis).

A l'autre extrémité de l'échelle des anormaux, les idiots du deuxième degré, définitivement insociables et incurables, compliqués ou non de troubles nerveux ou paralytiques, relèvent de l'assistance pure et simple, dans des établissements à caractère d'hospice. Ce sont les *anormaux d'hospice ou d'asile* (Régis).

Entre ces deux extrêmes sont les imbéciles du premier et du deuxième degré, et les idiots du premier degré dont le double caractère est l'insociabilité avec perfectibilité, et à qui doit être assuré, avec l'assistance, le traitement médico-pédagogique. Ce sont les *anormaux d'hôpital*.

Dans ce dernier groupe, l'observation et les résultats du traitement conduisent à la détermination de deux catégories nouvelles : 1^{re} ceux qui, d'emblée ou progressivement manifestent des tendances vicieuses et des perversions graves, incorrigibles par les moyens de douceur, susceptibles de corrompre leur entourage, et justifient l'application d'une surveillance et de méthodes de redressement spéciales : ce sont les *anormaux de maison de réforme* (Régis); 2^o d'autres sur qui le traitement est resté impuissant ou a produit tout son effet utile et qui, tout en restant insociables, peuvent être occupés, utilisés sous une surveillance moins étroite et avec la jouissance d'une liberté relative : on peut les désigner sous le nom d'*anormaux de colonie*.

Classement par modes d'assistance des enfants psychiquement anormaux.

Arriérés. — Anormaux d'école : a) anormaux de classes spéciales ; b) anormaux d'école de perfectionnement.

Dégénérés. — Anormaux médicaux : a) anormaux d'hôpital ; b) anormaux d'hospice ; c) anormaux de colonie ; d) anormaux de maison de réforme.

II. STATISTIQUE. — Si l'accord n'est point fait en France sur le classement des anormaux psychiques, la controverse est encore plus vive sur la question de statistique.

Il y a quarante ans, Baillarger évaluait à 420,000 le nombre des idiots et des crétins de notre pays.

En 1874, les inspecteurs généraux des services d'aliénés l'estimaient à 35,439 seulement, et, en 1896, les docteurs Couétoix et Hamon du Fougeray, s'appuyant sur les résultats des conseils de revision, admettaient le nombre approximatif de 50,000.

L'enquête officielle du ministère de l'intérieur, faite en 1905, relevait, sur

une population totale de 5,015,416 enfants, 31,791 anormaux de toutes catégories.

Nous avons essayé d'apporter un contingent personnel à la solution de cette question indécise de la statistique. Avec le concours d'un préfet, et par l'intermédiaire des maires et des instituteurs, nous avons fait, dans les 836 communes du département de la Somme, comptant 532,567 habitants, le recensement spécial des dégénérés (imbéciles et idiots, de 6 à 16 ans), en les distinguant en perfectibles et imperfectibles. Les résultats se chiffrent comme suit :

Imbéciles et idiots, 152 ; perfectibles, 82 ; imperfectibles, 70.

En admettant que ces données statistiques méritent d'être tenues comme exprimant la moyenne de toutes les régions, il y aurait donc, en France, 41,260 enfants psychiquement anormaux et insociables (imbéciles et idiots de 6 à 16 ans), se décomposant en 6,074 perfectibles et 5,186 imperfectibles, et comprenant environ 700 à 800 vicieux, auxquels il y aurait lieu d'ajouter les 2,000 ou 3,000 individus des mêmes catégories, actuellement hospitalisés dans les divers établissements publics ou privés.

III. — ÉTAT ACTUEL DE L'ASSISTANCE DES ENFANTS PSYCHIQUEMENT ANORMAUX. — 1° A L'ÉTRANGER. — *Allemagne.* — L'assistance des idiots de tous degrés a été rendue obligatoire par une loi de 1891 et imposée aux bureaux de bienfaisance régionaux. En 1895, on comptait, en Allemagne, 46 asiles spéciaux ; en 1902, 103 asiles avec 20,112 malades et 3,742 employés. Aujourd'hui, l'organisation hospitalière complète (asiles, hôpitaux, colonies) est en état d'assurer l'assistance et le traitement médico-pédagogique au plus grand nombre, sinon à la totalité, des anormaux psychiques insociables.

Tout d'abord, le traitement était plus pédagogique que médical ; mais l'expérience ayant montré que l'éducation des faibles d'esprit est une œuvre essentiellement médicale, tous les établissements sont aujourd'hui dirigés par des médecins aliénistes ayant sous leurs ordres des instituteurs spécialisés, et sont divisés en sections distinctes pour les éducatibles et les non éducatibles. Les enfants sont confiés aux soins d'infirmiers diplômés ; les garçons les plus âgés à des infirmiers. Les éducatibles sont répartis en classes de vingt élèves environ, dirigées par des instituteurs spécialisés. Ils sont, suivant leurs aptitudes, entraînés aux travaux manuels et à l'agriculture par des chefs ouvriers, soit dans des ateliers (cordonnerie, menuiserie, reliure, vannerie, couture), soit dans la grande culture et la culture maraîchère, d'abord dans les dépendances et sous la surveillance étroite du personnel, puis dans des colonies avoisinant les établissements. Ceux qui sont suffisamment éduqués sont employés chez les particuliers de la région et restent sous la surveillance des inspecteurs ; d'autres, en assez grand nombre, sont, par les soins des sociétés de patronage, placés comme ouvriers ou domestiques dans les régions avoisinantes. Les uns et les autres restent sous la tutelle directe du pasteur, du médecin ou de l'instituteur du pays, et sous la surveillance indirecte des médecins de l'asile le plus rapproché, qui sont chargés de les visiter périodiquement.

Grande-Bretagne. — En 1894, il existait 6 asiles publics et 3 établissements privés pour idiots de tous les degrés. Depuis la loi de 1899 — qui rend obligatoire l'examen régulier des anormaux des écoles — de nouveaux établissements ont été fondés, dans lesquels est appliqué un traitement médico-pédagogique, à la fois physico-médical, mental et moral.

Etats-Unis d'Amérique. — Les premiers essais d'éducation remontent à 1818, et la première institution d'État, à la suite de la campagne de Seguin, fut fondée en 1848, dans le Massachusetts. En 1892, 6,044 enfants, imbéciles et idiots, étaient assistés et éduqués dans 20 établissements analogues. En 1901, le nombre des institutions s'élevait à 200 environ : dans tous, le traitement médico-pédagogique était appliqué, suivant la même méthode, comportant l'éducation professionnelle.

Italie. — Un certain nombre d'asiles comprennent une section spéciale pour les enfants anormaux avec traitement médico-pédagogique. Depuis 1889, une douzaine d'instituts médico-pédagogiques, dirigés par des aliénistes, ont été ouverts dans les principales villes ; de plus, l'Association pour le traitement médico-pédagogique des anormaux a fondé, à Rome, trois asiles-écoles, qui sont dirigés par des instituteurs, sous la surveillance de médecins spécialistes.

Belgique. — Des progrès très remarquables ont été réalisés, depuis quelques années, dans ce pays, où un grand nombre d'imbéciles et d'idiots inoffensifs sont assistés dans les colonies familiales de Ghéel et de Lierneux, et qui compte plusieurs grands établissements avec traitement médico-pédagogique. Pour assurer le traitement méthodique des arriérés, des cours de pédagogie spéciale sont professés par Demoor, à Bruxelles, et Jonckheere, à Anvers. La Société protectrice de l'enfance anormale exerce une surveillance active sur les enfants sortis des écoles et asiles spéciaux.

Suisse. — En ce pays il a été fondé, depuis la première école médico-pédagogique qui date de 1848, plus de 20 établissements similaires, dus, pour la plupart, à l'initiative privée.

Pays du Nord. — En Danemark, en Suède, en Norvège et en Hollande, l'assistance et le traitement méthodique des anormaux psychiques de tous les degrés, se sont progressivement organisés depuis 50 ans, sous l'impulsion d'œuvres privées et avec le secours de l'État. Ils comportent tous les modes d'établissements (asiles, instituts, colonies) et l'enseignement spécial par des médecins et des instituteurs spécialisés. En Danemark, conformément au programme de Keller, le régime d'assistance comprend des stations d'essai, par lesquelles doivent passer tous les anormaux psychiques et d'où ils sont envoyés — d'après le caractère et le degré de leur état mental — dans les établissements qui leur conviennent.

En Russie. — En dehors des asiles assez nombreux organisés par les œuvres pieuses, qui assistent les imbéciles et les idiots et ne les traitent que par des pratiques religieuses, il n'existe qu'un très petit nombre d'établissements pour les arriérés.

Il existe au Japon une école spéciale pour anormaux, à Tokio, et une institution privée du même genre à Melbourne. En Espagne il vient de se créer une Association pour l'étude, la protection et l'éducation des enfants anormaux.

2° EN FRANCE. — Nous nous trouvons aujourd'hui, au point de vue de l'organisation de l'assistance des enfants anormaux psychiques, au dernier rang des pays d'Europe.

Etablissements publics. — Dans le département de la Seine les anormaux psychiques insociables sont assistés, soit dans des établissements autonomes, soit dans des quartiers spéciaux annexés aux asiles d'aliénés, ce sont : 1° la fondation Vallée (234 lits), pour les filles, annexée à l'hospice de Bicêtre ; 2° la colonie de Vaucluse (282 lits), annexée à l'asile du même nom en Seine-et-Oise,

pour les garçons ; 3° l'hospice de la Salpêtrière, un quartier spécial de 120 lits pour les filles ; 4° l'hospice de Bicêtre, un quartier spécial de 408 lits pour les garçons ; 5° les colonies familiales de Dun-sur-Auron (Cher) et Ainay-le-Château (Allier), où 28 dégénérés des deux sexes sont depuis peu placés chez les nourriciers à titre d'essai. Dans tous ces établissements — sauf les colonies familiales — le traitement médico-pédagogique est institué avec enseignement professionnel à Bicêtre et à la Salpêtrière et travail agricole à Vaucluse.

Au total, le département de la Seine peut assurer le traitement de 4,050 enfants dégénérés.

Les autres départements ne sont pourvus que de moyens d'assistance rudimentaires.

Au 31 décembre 1903, d'après l'enquête de Bourneville, sur 74 établissements (asiles publics, asiles privés, faisant fonctions d'asiles publics et quartiers d'hospice), 9 ne recevaient pas d'enfants, les autres hospitalisaient un total de 1,206 idiots et épileptiques au dessous de 18 ans, quelques-uns dans des quartiers spéciaux. Dans 9 asiles, les enfants recevaient, sans méthode spéciale, des soins particuliers avec quelques rudiments d'instruction : 4 établissements seulement, les asiles de Saint-Yon et Quatre-Mares (Seine-Inférieure), de Clermont (Oise), de Château-Picon (Gironde), étaient dotés de pavillons particuliers avec traitement médico-pédagogique.

Une enquête que M. le Préfet de la Somme a bien voulu faire, sur notre demande, au mois de janvier 1908 pour établir le nombre des enfants dégénérés de 6 à 16 ans hospitalisés dans tous les départements, a donné les résultats suivants :

Asile de Limoux (Aude).....	41* (1)
Asile Saint-Pierre (Bouches-du-Rhône).....	18
Asile de Moulins (Allier).....	30
Asile de la Providence (Deux-Sèvres).....	70
Quartier hospice Orléans (Loiret).....	15
Asile de Blois (Loir-et-Cher).....	30
Asile de Rennes (Ille-et-Vilaine).....	25*
Asile Saint-Ylie (Jura).....	45
Asile de Clermont (Oise).....	100*
Asile Sainte-Gemme (Maine-et-Loire).....	12*
Asile de Pierrefeu (Var).....	13*
Institut de redressement physique et intellectuel de Quarré-les-Tombes et Avallon (Yonne).....	404*
Asile hospice Saint-Venant (Pas-de-Calais).....	30
Asile La Roche-sur-Yon (Vendée).....	28*
Asile d'Armentières (Nord).....	100
Asile de Châlons (Marne).....	26
Asile d'Alençon (Orne).....	11
Asile de Saint-Yon et Quatre-Mares (Seine-Inférieure).....	37*
Asile de Limoges (Haute-Vienne).....	22*
Asile de Nancy (Meurthe-et-Moselle).....	50
Asile de Bron (Rhône).....	41
	778

Etablissements privés. — Il existe dans les départements de la Seine et de Seine-et-Oise plusieurs établissements destinés surtout aux enfants de familles aisées, et qui sont organisés pour le traitement médico-pédagogique : l'Institut

(1) Les nombres suivis d'un astérisque indiquent les enfants qui reçoivent le traitement médico-pédagogique.

médico-pédagogique de Vitry-sur-Seine (Bourneville), l'Institut des enfants arriérés d'Eaubonne (Langlois et Chabert), l'Institut de Créteil (Bérillon et Quinque) pour vicieux et nerveux, l'École Théophile Roussel, à Montesson (Paul Boncour), pour anormaux légers. Enfin, pour être complet, il faut signaler, à Paris, trois dispensaires médico-pédagogiques privés, où sont données des consultations pour enfants arriérés : le Dispensaire Philippe et Paul Boncour, le Dispensaire Théophile Roussel (Manheimer Gomez) et le Dispensaire Bérillon. Des consultations médico-pédagogiques ont lieu une fois par semaine dans les services de Bicêtre et de la Salpêtrière.

En province, les asile John Bost, de la Force (Dordogne), au nombre des anormaux de toutes catégories qu'ils recueillent, compteraient une centaine de dégénérés auxquels serait appliqué le traitement médico-pédagogique. L'établissement médical de Meyrieux (Isère), dirigé par les docteurs Gourjon et Larrivée, hospitalise et traite environ 40 dégénérés. L'Institut médico-pédagogique de Montfavet (Vaucluse) reçoit 60 enfants.

Récemment, un service régulier de consultations médico-pédagogiques a été organisé à Bordeaux, à l'hôpital du Bouscat, par les docteurs Régis, Delaye et Jacquin ; à Lyon, par le docteur Feuillade, à la clinique des maladies nerveuses.

Et c'est tout ; c'est-à-dire qu'il y aurait lieu d'admettre que sur 15,000 enfants dégénérés existant en France, il y en a 12,000 qui sont privés de toute assistance, dont 7,000, y compris les vicieux, sont perfectibles et pourraient être améliorés ou redressés par un traitement approprié.

IV. — LE TRAITEMENT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE. — Si nous sommes en retard au point de vue du nombre et de l'organisation de nos moyens d'assistance, nous possédons, dans Bicêtre et dans la méthode qui y a été appliquée, les modèles qui ont guidé les spécialistes des autres pays et leur ont permis de nous dépasser.

Le traitement médico-pédagogique, tel qu'il a été exposé par Bourneville et pratiqué dans son service de Bicêtre, pour obtenir le maximum de résultats, doit être tenté hors de la famille et de bonne heure. Il doit être basé sur l'éducation collective, en cultivant les aptitudes individuelles des malades pour augmenter leur pénétration sensorielle. Son programme comprend :

1. *L'éducation physiologique.* — 1° Des fonctions de la vie organique (peau, digestion, respiration et circulation), par une hygiène large, méticuleuse, bains, douches, grand air, gymnastique, alimentation appropriée, etc. ;

2° Des fonctions de relation (système musculaire, sens), par une gymnastique méthodique, le massage, les exercices de la main, de la bouche, la répétition et le contraste, des expériences, exercice de l'attention et de l'imitation ;

3° De la parole (exercice des organes, éducation de la fonction).

II. *L'éducation psychologique.* — Éveil et rappel des sensations précises pour exercer la mémoire et la réflexion.

Leçons de choses constantes pour provoquer l'initiative, développer l'imagination, mettre en activité le jugement et le raisonnement.

Lecture par la méthode des contrastes et des figurations.

Écriture débutant par les figurations simples et géométriques.

Dessin des objets usuels. Grammaire, calcul, géographie et histoire.

III. *L'éducation des instincts.* — Instinct de conservation. Instinct génésique. Instinct de sociabilité.

IV. *L'éducation morale.* — Personnalité. Égoïsme. Colère. Idées du bien et du mal, du nuisible et de l'utile.

V. *L'éducation professionnelle.* — Aux plus atteints conviennent les métiers manuels les plus faciles : fabrication de bois de brosses, cannage et rempaillage de chaises, cordonnerie, pour les garçons ; couture, raccommodage, lavage, pour les filles. Travaux agricoles, culture, jardinage.

Aux moins malades, les travaux industriels : menuiserie, serrurerie, imprimerie.

Le traitement médico-pédagogique, appliqué méthodiquement aux anormaux psychiques — les imbéciles et idiots insociables — est-il réellement efficace ? Sa nécessité s'impose-t-elle ?

Dans les considérations cliniques qu'il a publiées dans les *Archives de neurologie* de 1906, et qui sont comme le résumé de l'expérience de toute sa vie, Bourneville dit :

« L'application rigoureuse, persistante, prolongée du traitement médico-pédagogique permet — ainsi que le constatent les faits — d'obtenir des résultats incontestables. Notons : 1° la guérison du gâtisme ; 2° l'éducation de la marche, de l'habillement, de la toilette, de l'appréhension des aliments. Signalons la création de la parole, la création des vices de prononciation, des impulsions violentes, de l'irritabilité nerveuse, des perversions des instincts, de l'onanisme, du mensonge, de la coprolalie, de la coprophagie, des tics, des manies, de la chorée, de l'épilepsie, l'amendement du caractère, la guérison des accès de colère, le développement de l'affectivité, de la sociabilité. A toutes ces améliorations, ajoutons, pour un certain nombre, la guérison ou l'atténuation du nanisme et de l'obésité.

« Parallèlement, mentionnons les acquisitions scolaires, allant jusqu'à l'obtention du certificat d'études, l'aptitude aux travaux manuels : menuiserie, serrurerie, imprimerie, couture, cordonnerie, vannerie, cannage et paillage de chaises pour les garçons ; travaux du ménage, blanchissage, repassage, couture, tapisserie, broderie pour les filles. »

On lit dans la thèse du docteur Royer (1907) : « Pour le seul atelier de menuiserie du quartier de Bicêtre, 167 enfants y ont été en apprentissage depuis sa fondation (1882) jusqu'en 1902, c'est-à-dire pendant vingt ans. Sur ces 167 enfants, 29 ont quitté l'hospice en état de subvenir seuls à leurs besoins, connaissant bien leur métier. Un très grand nombre des 142 autres ont été repris par leurs familles, qui, voyant l'éducation de leurs enfants à peu près faite, ont voulu profiter trop tôt de leurs services. »

D'autre part, il résulte d'une enquête de MM. Binet et Simon que 20 pour 100 des enfants psychiquement anormaux, soumis au traitement médico-pédagogique, sont rendus à leurs familles améliorés. Ce chiffre, mieux que tout autre argument, démontre la valeur du traitement spécial et justifie son utilité et son importance sociales.

V. — NÉCESSITÉ DE L'ASSISTANCE COMPLÈTE DES ENFANTS PSYCHIQUEMENT ANORMAUX. — La dégénérescence infantile est bien le terrain de culture par excellence de la criminalité et de la folie. A ce titre, l'assistance obligatoire des anormaux psychiques de tous les degrés apparaît comme une nécessité urgente de la défense et de la prophylaxie sociales.

Les anormaux psychiques ne sont pas qu'un déchet inerte dans la collectivité. Leur activité malfaisante dans la criminalité, la contagion, la reproduction

dégénérative, est un facteur important de destruction et de ruine pour le capital matériel et moral de l'humanité.

En ne considérant comme réel que la moitié seulement du rendement social, constaté par MM. Binet et Simon, et en ajoutant à la valeur des vies humaines remise en circulation productive, l'économie de celles dont la destruction aurait été empêchée par l'assistance et le traitement des anormaux psychiques de toutes les catégories, quel gros appoint on apporterait à la richesse publique ? « Ce que la société et l'État économisent sur la première éducation des enfants anormaux abandonnés à eux-mêmes — dit Kurella — est plus tard dépensé dix fois en frais de police, de justice, de prison, de traitement dans les asiles d'aliénés, etc. »

VI. — ORGANISATION DE L'ASSISTANCE DES ENFANTS DÉGÉNÉRÉS. — Ce sont les degrés de perfectibilité, d'utilisation et de sociabilité, qui doivent servir au classement des enfants dégénérés et dicter l'organisation des moyens d'assistance à leur appliquer : hôpital, hospice, colonie, maison de réforme.

La création de chacun de ces divers organismes sous la forme autonome constituerait, évidemment, l'organisation la plus parfaite, l'organisation type de l'assistance des enfants dégénérés. En s'en tenant à ces deux conditions, d'ordre différent, mais également nécessaire : éviter les grosses agglomérations de malades et ménager les finances publiques, on peut admettre, cependant, que cette organisation type ne serait utile et pratiquement réalisable que pour Paris et la Seine. Dans les quelques départements les plus peuplés, hospice, hôpital et colonie, pourraient être réunis sous la forme d'établissements spéciaux ; dans tous les autres, ils seraient annexés aux asiles d'aliénés, sous la forme de quartiers distincts. Quant aux maisons de réforme, dont la population proviendrait surtout des grands centres industriels — comme les asiles de sûreté pour les aliénés criminels — leur nombre pourrait être de quelques unités seulement ; situés dans la banlieue des quatre ou cinq plus grandes villes, ils seraient organisés pour desservir tous les départements divisés en régions.

a) *Hôpitaux et quartiers d'hôpitaux.* — Ils sont destinés aux anormaux psychiques, reconnus ou présumés perfectibles, et ils comportent essentiellement l'observation individuelle et le traitement médico-pédagogique. Conséquemment, leur population doit être relativement restreinte, l'installation large, le personnel d'éducation et de surveillance nombreux et spécialisé, sa direction exclusivement médicale.

Les hôpitaux spéciaux des grands centres pourraient compter quelques centaines d'enfants dégénérés, 500 au plus, et les quartiers annexés des asiles départementaux de 50 à 100.

Ces établissements doivent être pourvus de classes, de salles de gymnastique, d'installations hydrothérapiques, de chambres d'isolement avec préaux distincts pour les contagieux, les malpropres, les malades intercurrents, les convulsifs et les excités. Le personnel doit être féminin pour les deux sexes pendant l'âge scolaire, jusqu'à 13 ans ; pour les enfants de 13 à 16 ans, le personnel sera mixte, et disposera d'ateliers et d'un domaine cultural pour l'éducation professionnelle et agricole.

L'hôpital ou quartier d'hôpital ainsi compris n'est plus l'institut médico-pédagogique qui s'adresse à toutes les classes d'arriérés, depuis l'idiot profond jusqu'au simple débile ; il est encore moins l'asile-école régional prévu par la loi nouvelle. C'est, tout au contraire, un organisme restreint dans ses dimensions,

aussi décentralisé que possible et fonctionnant au plus près de ses sources de recrutement, familles, classes et écoles d'arriérés. En même temps que l'instrument de traitement et d'éducation des enfants dégénérés, c'est la station d'observation et de sélection par laquelle s'opèrent, après un temps variable, le classement des perfectibles et des imperfectibles, le retour à la vie commune des améliorés redevenus sociables, l'envoi à l'hospice des incurables végétatifs, à la colonie des utilisables, à la maison de réforme des vicieux antisociaux.

b) *Hospices et quartiers d'hospice*. — C'est le mode d'assistance réservé d'emblée, c'est-à-dire vers l'âge de 6 ans, aux idiots profonds dont l'observation n'est pas nécessaire et, plus tard, aux dégénérés des autres degrés reconnus imperfectibles et inutilisables à l'hôpital.

Au voisinage des grands centres urbains, il sera une partie de l'hôpital-hospice spécial ; dans le plus grand nombre des départements, il formera un quartier distinct de l'asile d'aliénés. Il comprendra plusieurs sections, pour les faibles, les convulsifs, les adolescents. L'assistance s'y bornera à la surveillance et à l'hygiène, et pourra être assurée dans les conditions les plus simples.

c) *Maisons de réformes*. — Pour que le fonctionnement de l'hôpital ou de l'hospice soit régulier, efficace, moral, il est indispensable qu'il ne soit point troublé par le mélange des sujets particulièrement antisociaux (criminels, délinquants et vicieux), qui doivent être soumis à des méthodes spéciales de redressement et de restriction. C'est à cette destination que répondent les établissements que nous appellerons, avec Régis, maisons de réformes qui pourraient être créées dans les régions les plus peuplées, pour recevoir les dégénérés vicieux ou délinquants, éliminés des hôpitaux et hospices de plusieurs départements. Leur organisation et leur importance seraient assez comparables à celles qui sont prévues pour les asiles de sûreté d'aliénés, auxquels ils pourraient être annexés.

d) *Colonies*. — L'enfant qui a été soumis méthodiquement à tous les moyens d'amélioration ou de redressement appropriés à son état n'est plus susceptible de s'améliorer quand il a cessé d'être une « cire molle ». A partir de seize ans, on peut admettre qu'il n'y a plus rien à attendre du traitement spécial. A cet âge, hôpital et maison de réforme devraient rendre à la famille et à la vie commune ceux qui sont suffisamment améliorés, confier à l'hospice ceux qui sont incurables, à la colonie ceux qui sont devenus utilisables, à l'asile de sûreté ceux qui demeurent antisociaux.

L'âge des enfants dégénérés d'hospices ne peut être limité aussi nettement. Certains d'entre eux, faibles, infirmes, retardés physiquement, restent enfants au delà de dix-sept ans et ne peuvent être sans inconvénient confondus avec les adultes. Il y a donc lieu d'admettre une marge et de prévoir dans la pratique que les hospices ou quartiers d'hospices, à côté des sections de jeunes, disposeront d'une section pour les adolescents dont l'âge pourra aller jusqu'à vingt ou vingt-cinq ans.

Ceux qui, au sortir de l'hôpital ou de la maison de réforme, ne sont pas en état d'être rendus à la vie commune, mais sont utilisables et non dangereux, ne doivent pas être cependant confondus avec les adultes. C'est à eux que convient le régime de la colonie, véritable prolongement de l'assistance des enfants dégénérés. On la comprend sous deux formes principales : la colonie familiale ou organisation distincte de la colonie annexée à l'asile. Les protagonistes de la colonisation familiale, qui s'efforcent d'étendre ce mode d'assistance à toutes les catégories de malades, ont commencé à l'appliquer pour le compte de la Seine

aux enfants dégénérés. Il ne s'agit que d'un essai, dont les résultats ne peuvent être jugés dès à présent, mais dont on peut dire cependant que, portant sur des enfants au-dessous de seize ans, décrits comme améliorables, il conduirait dans son application à la négation même du traitement médico-pédagogique.

Trichet, dans son étude sur l'assistance des enfants aux Etats-Unis, dit : « Quels que soient les avantages de l'assistance familiale, aux Etats-Unis comme dans les autres pays, elle ne saurait convenir à tous les enfants et notamment aux enfants indisciplinés, aux arriérés et aux anormaux ». Cette opinion n'est pas négligeable et il est permis de croire que le régime de colonie, utilement applicable aux enfants et adolescents dégénérés — au moins pour tous ceux, les plus nombreux, qui sont actifs — est la colonie annexée à l'asile d'aliénés, comme elle existe à l'étranger en Danemark et en Suède, en Allemagne à Daldorf, en France à Vaucluse, avec ses organismes industriels et agricoles, ses ateliers pour les garçons et ouvriers pour les filles, avec la surveillance immédiate du médecin aliéniste, avec un personnel spécialisé et désintéressé. Familial ou périhospitalier, le régime colonial ne serait indiqué que pour les dégénérés utilisables âgés de plus de seize ans.

e) *Patronages*. — Quel que soit son degré d'amélioration ou de redressement, qu'il sorte de l'hôpital, de la maison de réforme ou de la colonie, l'anormal psychique ne saurait sans danger être abandonné à lui-même dans la vie commune.

Pour que l'effet du traitement médico-pédagogique soit durable, socialement utile, il faut qu'au dehors il soit continué, par une protection morale, au besoin par un secours matériel, à l'égard des enfants améliorés, devenus adolescents, puis adultes et qui, toute leur vie, doivent être considérés comme des convalescents. C'est l'œuvre à attendre des Sociétés de patronage.

Les travaux de Giraud et de Sérieux nous ont montré l'importance que, depuis quelques années, avaient prise dans les pays du Nord, particulièrement en Allemagne, les patronages pour les aliénés et dégénérés sortis des asiles. En France, l'appel réitéré des aliénistes, des philanthropes, aussi bien que celui des pouvoirs publics en faveur de la création des sociétés départementales, sont restés à peu près sans écho. Faut-il redire, pour notre confusion, que seul le département de la Seine possède deux sociétés de patronage ayant un rôle actif, mais encore très limité, pour les aliénés convalescents et guéris, et qu'en province, les deux sociétés qui existent ne disposent que de ressources insuffisantes.

« On n'a pas assez insisté, dit Sérieux, sur l'importance dans le perfectionnement de l'assistance des aliénés, du rôle des sociétés de patronage. Ces sociétés ont pour tâche, non seulement d'assister les sujets qui sortent des asiles, mais encore de les suivre une fois mis en liberté, de leur trouver des occupations appropriées, de s'occuper de leur placement ou de leur réintégration en cas de rechute, d'assister leurs familles pendant leur traitement, de se mettre en rapport avec le service des consultations externes des asiles, de lutter contre les causes des affections mentales (alcoolisme, etc...), de déraciner les préjugés concernant cette catégorie de malades. »

Avec une organisation bien ordonnée, des adhérents nombreux et actifs, les sociétés de patronage seraient, sans doute, l'adjuvant le plus important de l'assistance des aliénés de toutes catégories, et il n'en est point à qui elles pourraient être plus utiles qu'aux anormaux dégénérés.

D'après les indications qui précèdent l'organisation de l'assistance des enfants dégénérés pourrait se résumer comme suit, d'après les modes d'assistance :

Enfants de six à seize ans (période médico-pédagogique). — Imbéciles et idiots du 1^{er} degré (perfectibles) : Hôpitaux spéciaux ou quartiers d'hôpitaux d'aliénés; organisation départementale.

Idiots du 2^e degré (imperfectibles) : Hospices spéciaux ou quartiers d'hospices d'aliénés; organisation départementale.

Vicieux, délinquants : Maison de réforme; organisation régionale.

Au-dessus de seize ans (période de surveillance ou d'utilisation). — Inutiles : Hospices spéciaux ou quartiers d'hospices (section spéciale); organisation départementale.

Utilisables. — Passifs : Colonies familiales; actifs : Colonies périhospitalières; organisation départementale.

Devenus sociables : Vie commune sous la surveillance des sociétés de patronage; organisation départementale.

VII. — RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS. — L'histoire, la statistique et l'observation clinique s'accordent à montrer que les enfants psychiquement anormaux de tous les degrés sont des malades et que, par suite, ils doivent être assistés, éduqués et traités médicalement; le devoir de solidarité impose, l'intérêt social justifie cette assistance et ce traitement.

Les enfants psychiquement anormaux, considérés dans la période qui s'étend de l'âge scolaire jusqu'à la nubilité — de 6 à 16 ans — se divisent d'après le degré de leur anormalité et le caractère de leurs réactions en arriérés sociables et en dégénérés insociables. L'éducation médico-pédagogique des premiers — les plus nombreux — est du domaine de l'instruction publique.

Les dégénérés insociables, imbéciles et idiots des divers degrés, perfectibles, imperfectibles et antisociaux (vicieux), justifient au même titre que les aliénés, et sous le même régime, des moyens d'assistance plus ou moins restrictifs. Ils relèvent de trois modes d'assistance :

1^o De l'hospice, pour les imperfectibles : assistance simple.

2^o De l'hôpital, pour les perfectibles : traitement médico-pédagogique.

3^o De la maison de réforme, pour les antisociaux : redressement.

Moralement et médicalement, ces modes d'assistance doivent être assurés sous la forme d'agglomérations aussi restreintes que possible. L'assistance simple et le traitement médico-pédagogique doivent être appliqués aussi près qu'il se peut de la famille et du pays d'origine des enfants, dans chaque circonscription départementale. Le redressement des antisociaux seulement peut comporter l'organisation régionale.

La distinction entre l'hospice et l'hôpital doit être complète dans tous les établissements d'assistance. L'hôpital doit être pourvu de tous les moyens utiles pour un traitement méthodique et aussi individuel que possible. Il doit recevoir à l'origine tous les enfants sans exception et faire office de clinique d'observation et de triage.

L'hospice et l'hôpital peuvent fonctionner isolément et sous la forme mixte d'hôpital-hospice, dans le voisinage des grands centres urbains, où leur population peut atteindre plusieurs centaines d'individus; dans le plus grand nombre des départements, ils seront annexés aux asiles d'aliénés sous la forme de quartiers spéciaux.

Pour que le traitement individuel des enfants dégénérés, aussi bien que celui des aliénés, soit assuré comme il doit l'être dans les asiles, il faut que la transformation de ces établissements s'opère dans le sens de la distinction nette en

sections d'hospice pour les chroniques et les incurables, et sections d'hôpital pour les aigus et les curables. C'est de cette dernière formation que doit faire partie le quartier de traitement des enfants.

A leur sortie de l'hôpital spécial, les enfants dégénérés doivent continuer à être assistés, surveillés ou protégés d'une façon particulière et plus ou moins longtemps, selon la marche de leur évolution et le caractère de leurs réactions.

Ceux qui n'ont pas bénéficié du traitement médico-pédagogique et sont restés insociables et inutilisables seront hospitalisés, dans une section spéciale des hospices ou quartiers d'hospices, en attendant qu'ils puissent être sans inconvénient confondus avec les aliénés adultes.

Ceux qui, restés incapables de se diriger, ne peuvent recevoir, dans leur propre famille, l'assistance et la surveillance nécessaires, mais sont devenus utilisables, seront, selon qu'ils sont actifs ou passifs, assistés ou surveillés, soit dans les colonies familiales, soit dans les colonies annexées aux hospices et quartiers d'hospice.

Ceux enfin qui, devenus sociables, sont rendus à la vie commune, devront être protégés par des sociétés de patronage, dont il faut souhaiter l'organisation comme une des œuvres sociales les plus utiles.

Quant aux antisociaux, ils resteront soumis au régime de la maison de réforme, jusqu'à ce qu'ils puissent être, sans danger, soit remis en liberté, soit envoyés à l'hospice ou à l'asile de sûreté.

Et pour conclure, ainsi qu'il est d'usage dans les questions dont la solution appartient à la loi, nous proposons à l'examen et à la discussion du Congrès les vœux suivants :

A. — Que la législation nouvelle, appelée à remplacer celle de 1838, consacre dans un même acte l'obligation de l'assistance et du traitement aux aliénés de tout âge et de toutes catégories, y compris les enfants dégénérés.

B. — Qu'elle impose à chaque département (celui de la Seine excepté) l'obligation — dans un délai donné — de pourvoir, sur son territoire, à l'assistance et au traitement des aliénés de tout âge et de toutes catégories, sauf des aliénés criminels et des enfants dégénérés antisociaux (vicieux), dont l'assistance pourra être assurée sous la forme régionale et par entente interdépartementale.

C. — Que des dispositions impératives stipulent que tout établissement créé en vue de l'assistance des aliénés devra comprendre trois formations distinctes : l'hôpital pour les aigus et améliorables, l'hospice pour les chroniques et les incurables, la colonie pour les utilisables; que chacune de ces formations dans les asiles d'aliénés devra comprendre une section spéciale pour les enfants; que tous les asiles d'aliénés actuellement existants devront — dans un délai donné — être transformés dans le sens de cette spécialisation.

D. — Que des dispositions spéciales affirment, pour l'hôpital ou quartier d'hôpital, le caractère d'établissement de traitement qu'il doit avoir, et pour l'aliéné qui est conduit la qualité de malade qui lui appartient. Que dans ce but d'admission à l'hôpital ou au quartier d'hôpital de tous les aliénés et enfants dégénérés, soit exemptée des formalités administratives, incompatibles avec ce caractère et cette qualité. Qu'en particulier, l'admission à l'hôpital ou au quartier d'hôpital soit libérée de l'idée et du mot d'internement. Que la liberté individuelle et la sécurité publique soient défendues, non par des mesures d'exceptions préalables qui sont préjudiciables au malade et susceptibles de favoriser sa séquestration dans la famille, mais par une surveillance spéciale et active dès l'admission à l'hôpital.

E. — Que des dispositions spéciales, dans la forme de celles qui sont inscrites dans le projet de 1907 pour les aliénés criminels, soient stipulées au sujet des conditions du placement dans les maisons de réforme des enfants antisociaux (vicieux et délinquants).

F. — Que M. le ministre de l'Intérieur veuille bien employer tous les moyens en son pouvoir pour provoquer et favoriser, dans tous les départements, l'organisation de société de patronage, pour la protection de tous les malades sortis des asiles et rendus à la vie commune; cette protection devant être considérée comme une partie essentielle de l'assistance des aliénés, particulièrement des enfants dégénérés.

DISCUSSION

M. J. ROBINOVICH (de Paris). — Je désire appeler l'attention du Congrès sur la loi médico-pédagogique du 28 juin 1904 et son application pratique. Il existe une catégorie d'enfants mentalement anormaux, « temporairement sociables », qui se recrutent parmi les « pupilles difficiles » de l'Assistance publique. La loi du 28 juin 1904 rend obligatoire en France, l'éducation spéciale des mineurs de cette catégorie. Elle a pour objet d'assurer à ces enfants, plus ou moins instables et arriérés, une éducation morale et professionnelle, sans recourir aux moyens pénitentiaires.

Elle n'autorise le châtimement que lorsqu'on a essayé sérieusement et sans succès le redressement. Dans ce but, la loi de 1904 ordonne la création d'établissements médico-pédagogiques exclusivement réservés à ces « pupilles difficiles ».

D'après l'étude faite en collaboration avec le Dr Paul Boncour, et d'accord avec une commission extra-parlementaire du ministère de l'intérieur, nous avons pu répartir les « pupilles difficiles » en deux grands groupes cliniques : a) les *sub-normaux* et b) les *nettement anormaux*; les premiers se divisent en : 1° instables; 2° asthéniques et 3° retardés intellectuellement; les autres comprennent : 1° les arriérés agités; 2° les arriérés déprimés; 3° les névropathes et les psychopathes.

Pour mener à bien l'éducation de ces enfants, nous proposons de les répartir dans chaque établissement, selon le type mental qui les caractérise, et d'employer pour chaque subdivision les méthodes médico-pédagogiques convenant le mieux à l'anomalie psychique dominante.

Nous avons établi un programme détaillé, adopté par la commission, et indiquant les rôles respectifs de l'éducateur et du médecin dans un internat médico-pédagogique pour « pupilles difficiles ». Avec le concours de M. le Dr Philippe, nous avons élaboré un type de dossier spécial permettant de suivre pas à pas les progrès réalisés par l'enfant anormal pendant le redressement subi par lui dans l'établissement. L'ensemble des travaux de la Commission est actuellement sous presse et paraîtra en octobre prochain.

M. GIRAUD (de Rouen). — Je crois que, dans sa statistique, M. Charon est resté au-dessous de la vérité parce qu'il n'a pas assez cherché où étaient les enfants psychiquement anormaux et ce qu'ils devenaient.

En dehors de ceux qui sont recueillis dans les asiles d'aliénés, les uns sont dans leur famille, imbeciles, incapables de gagner leur vie, qu'on retrouvera plus tard à l'asile d'aliénés; d'autres sont des enfants abandonnés recueillis par l'Assistance publique et pour lesquels on a créé des écoles de réforme (Aumale, Seine-Inférieure).

D'autres, enfin, deviennent des délinquants, acquittés par les tribunaux comme ayant agi sans discernement et envoyés dans des maisons de correction, dont cherchent à les enlever les comités de patronage aux mineurs traduits en justice.

On considère comme une véritable panacée pour les enfants anormaux, arrivés à l'âge de dix-huit ans, l'engagement dans le service militaire. Le résultat est, trop souvent, de conduire ces jeunes gens devant les conseils de guerre et de là aux compagnies de discipline.

J'estime que l'assistance aux enfants anormaux devrait être rattachée à l'assistance

aux infirmes. Les infirmes sont des malades ayant besoin d'une assistance médicale, mais n'exigeant pas des mesures spéciales comme les aliénés qui sont sequestrés parce qu'ils sont dangereux pour l'ordre et la sécurité publique.

M. GRANJUX (de Paris). — J'ai fait cette année, à la Société de médecine légale, une communication intitulée « Les anormaux de l'École au Bataillon d'Afrique ». Elle est basée sur les travaux de la Commission scolaire présidée par mon ami le professeur Régis, sur ceux de notre collègue Parant sur les adolescents vagabonds, de mes camarades Jordin, sur la mentalité des engagés volontaires, de Jude, sur les joyeux, et aussi sur l'expérience que m'a donnée un séjour de trente années passées dans l'armée. Dans ce travail, j'ai montré quel rôle funeste l'incorporation des anormaux jouait, non seulement pour ces malades, mais aussi pour l'armée.

C'est dire combien j'estime que le Congrès a fait œuvre utile en désignant comme sujet du rapport de médecine légale : « L'assistance des enfants anormaux », et j'ai éprouvé une vive satisfaction en me trouvant complètement d'accord avec le rapporteur, sauf sur un point : sa mauvaise opinion à l'égard des colonies familiales. Je me hâte d'ajouter que je suis d'un avis contraire, parce que le hasard m'a amené à constater les bons effets que les anormaux, ou jugés tels, pouvaient retirer du placement familial.

Vous connaissez tous l'Œuvre de la Préservation de l'enfance contre la tuberculose, fondée par le professeur Grancher. Elle consiste à prendre dans des familles, où il y a des cas de tuberculose ouverte, les enfants encore indemnes de cette maladie, et à les soustraire à la contagion en les plaçant à la campagne dans des familles moralement et physiquement saines, choisies par le médecin local, auquel les enfants sont entièrement confiés. Les résultats ainsi obtenus ont dépassé toute espérance. Mais j'ai été à même de constater, dans les nombreuses visites que j'ai faites comme secrétaire-général de l'Œuvre, un résultat inattendu au sujet des anormaux, et que je vous demande la permission de vous exposer brièvement.

Le nombre des pupilles de l'Œuvre est actuellement d'environ 380, et il me semble que le mouvement total des enfants a été au moins de 500 depuis la fondation. Ces enfants ne sont point examinés au point de vue psychique, lors de leur admission, de telle sorte que cette petite population scolaire présente la proportion habituelle d'anormaux. Aussi nous avons eu au début avec ces enfants un certain nombre de difficultés, mais tout finit par s'arranger, grâce à la bienveillante autorité de nos confrères, à la bonté des mères nourrices, grâce au concours des instituteurs et institutrices. Et, cependant, il n'y a pas eu de cas légers à en juger par les faits suivants :

A Chabris, une mère nourrice est venue dire qu'on lui avait donné une idiote. De fait, cette enfant, qui avait cinq ans, ne voulait pas parler, ne répondait pas, ne mangeait que si elle était seule. Le docteur Patrigeon, dont la voix est si écoutée dans le pays, fit comprendre à la bonne femme qu'elle ne devait pas se décourager et peu à peu, dans cette atmosphère de maternelle bonté, l'enfant qui, jusque-là, avait été pour le moins abandonnée à elle-même, se ressaisit, et cette fillette n'est plus maintenant qu'une arriérée scolaire.

A Couture, une fillette présentait de la kleptomanie. Le docteur Poirier l'avait heureusement placée chez une femme qui avait déjà élevé une vingtaine d'enfants. J'en fais mon affaire, a-t-elle dit, et, de fait, deux ans après, elle montrait une enfant transformée, à qui elle confiait toutes ses clefs.

Le frère de cette fillette était un incontinent diurne et nocturne; la mère nourrice, qui avait la sœur, a pris le frère, et est arrivée à le rendre propre.

Ces trois faits pourraient être appuyés de beaucoup d'autres moins typiques, moins suggestifs, mais qui montrent la transformation heureuse de la mentalité des enfants placés à la campagne dans de bonnes maisons.

Je voudrais, maintenant, signaler une lacune, non pas dans le rapport, mais dans l'énumération de ce qui constitue le rôle des sociétés de patronage; je m'explique :

Nombre d'anormaux peuvent être assez améliorés pour rentrer dans la vie commune et s'y maintenir. Mais la plupart de ces individus, adaptés à leur milieu social, sont incapables de s'adapter à la vie militaire. Cette nouvelle et dure existence, qui n'est pas sans éprouver les normaux, trouble profondément les anormaux. Les uns — le plus petit nombre — s'irritent et deviennent méchants; les autres — la majorité — s'écroulent, et quand, leur état mental étant reconnu, on les réforme, ils ont perdu du terrain et ne le regagnent pas toujours. C'est là le gros danger pour l'avenir.

J'ai eu l'occasion, cette année, de m'occuper de deux de ces malheureux. L'un était le fils d'un petit fermier. C'était un « simple » ; il avait longtemps gardé les bêtes, et depuis que son âge ne permettait plus de l'occuper ainsi, il ne faisait, dans la ferme, que les travaux les plus élémentaires.

L'autre est le fils d'un de mes amis ; on dut lui faire quitter rapidement les études en commun et le confier à des maîtres spéciaux. On est arrivé ainsi à lui procurer une instruction élémentaire, et le vernis d'une bonne éducation. Mais il est incapable d'une occupation quelconque. On l'avait, croyait-on, préparé, par un entraînement spécial, à la vie militaire. Cette précaution fut inutile. A peine incorporé, il fut littéralement perdu dans ce nouveau milieu. Il en avait conscience, et dans ses lettres, il appelait à son secours papa et maman. C'était lamentable !

En même temps, chez ces deux recrues se produisit une déchéance physique rapide. Avant que la réforme fût prononcée, le paysan dut être envoyé deux fois à l'hôpital et le citadin, à la suite d'un bobo, fit un phlegmon profond qui faillit l'emporter.

Je ne voudrais pas généraliser et dire que tout enfant qui a été plus ou moins anormal doit de ce fait être exempté du service militaire.

Je crois cependant que la majorité des anormaux réadaptés à la vie civile n'est pas à sa place dans l'armée. Ils se présentent au conseil de révision en bon état physique, et aucune voix ne s'élève pour dire ce qu'ils sont cérébralement.

Eh bien, cette voix se devrait faire entendre. Cette voix aurait dû être, dans les deux cas que je viens de citer, celle des parents.

Pour les anormaux assistés, c'est le Comité de patronage qui devrait remettre au Conseil de révision un avis motivé sur l'aptitude de leurs ex-malades au service militaire.

Il est incontestable que c'est sur le vu de ces certificats que le Conseil se déciderait, et que l'on éviterait des incorporations regrettables à tous égards.

L'absence de ces certificats, c'est la lacune que je voulais signaler dans les attributions du Comité de patronage.

M. TERRIEN (de Nantes). — Je me suis attaché surtout à l'œuvre des anormaux perfectibles, des anormaux d'école, dont jusqu'ici les municipalités se désintéressent.

Et pourquoi cette négligence ? Parce qu'on s'imagine que ces enfants ne sont pas susceptibles d'amélioration et que ces écoles grèveront le budget, objections qu'il est aisé de détruire.

Cette école spéciale pour anormaux ne doit pas être placée dans l'asile. Cette école n'aurait pas d'enfants. Elle doit être placée à la campagne. L'instruction ne doit pas être seulement pédagogique, elle doit être professionnelle.

On peut, en attendant cet Institut médico-pédagogique professionnel qui est l'école de l'avenir, se contenter d'une école spéciale au centre de la ville, comme on l'a fait à Bordeaux, avec élèves externes.

M. RÉGIS (de Bordeaux). — Tout en exposant essentiellement dans son excellent rapport, si documenté et si précis, la question très importante de l'Assistance des anormaux psychiques, notre rapporteur, M. Charon, n'a pu s'empêcher de dire un mot des autres moyens mis en œuvre par la société pour venir en aide à ces malheureux et, par suite, de jeter un coup d'œil d'ensemble sur les diverses catégories d'anormaux.

Se basant sur le classement que j'ai proposé des anormaux psychiques d'après le mode de protection sociale qui leur est applicable, M. Charon les distingue en anormaux d'école (classes et écoles spéciales) et en anormaux médicaux — il vaudrait mieux dire anormaux d'assistance, tous les anormaux étant des anormaux médicaux — (anormaux d'hôpital, de colonie, de maison de réforme, d'hospice).

On peut concevoir une série d'organismes s'appliquant, suivant le degré et le caractère de leur anomalie, aux anormaux psychiques :

- 1° Classe spéciale. École de perfectionnement ;
- 2° Hôpital ou pavillon d'hôpital ;
- 3° Colonie agricole. Maison de réforme
- 4° Hospice ou asile.

Nous avons réalisé à Bordeaux, au moins à l'état d'ébauche, la série entière de ces organismes.

Après avoir opéré le recensement et le classement des 17.500 enfants des écoles primaires, garçons et filles, sur lesquels nous avons trouvé un peu plus de 900 anormaux, soit 5,5 pour 100, divisés en anormaux non arriérés et anormaux arriérés, légers, moyens, profonds, subdivisés en calmes et en agités, nous avons coopéré, avec l'auto-

rité pédagogique, à la création de deux classes spéciales d'anormaux. Ce qu'il y a d'intéressant dans cette création, c'est que le médecin y fonctionne à côté du maître. Nommé médecin inspecteur spécialiste pour l'ensemble des écoles, j'ai tenu, en outre, à ce que chaque classe spéciale eût son médecin psychiatre propre, et c'est ainsi que nos collègues, le docteur Abadie et le docteur Jacquin, sont chargés, à titre de médecins inspecteurs spécialistes adjoints, d'examiner et de suivre, individuellement, chacun des enfants de nos deux classes d'anormaux.

Certains psychologues ont nié l'utilité du médecin dans la classe spéciale. C'est nier l'évidence. Pour en donner une preuve, entre bien d'autres, je dirai que la plupart des anormaux psychiques, même légers, sont en même temps des anormaux physiques. J'ai fait examiner, par les médecins inspecteurs de toutes les spécialités, les enfants de nos classes d'anormaux; le résultat de cet examen sera donné dans un rapport d'ensemble que nous préparons actuellement en commun, maîtres et médecins. Qu'il me suffise de dire pour l'instant que les deux tiers de ces enfants ont de l'otite à un degré plus ou moins grave. Le médecin seul est donc capable de relever toutes les déficiences corporelles existant chez les enfants anormaux et de faire le nécessaire pour les en débarrasser en tout ou en partie, de façon à les « retaper », à les remettre à neuf, c'est-à-dire à les placer dans les meilleures conditions possibles pour bénéficier de l'enseignement théorique et pratique qui leur est applicable.

Nous avons aussi fondé, à Bordeaux, un pavillon pour anormaux psychiques, annexé à l'hôpital suburbain des enfants créé par mon confrère et ami le docteur Delahaye. Nous y plaçons les anormaux légers et moyens qui, pour une raison quelconque, ne peuvent rester ni à la classe spéciale, ni dans leur famille, ceux aussi qui ont besoin d'être soignés ou opérés de toutes les déficiences corporelles auxquelles je viens de faire allusion. On y instruit en même temps ces enfants, de sorte qu'il s'agit là, en réalité, d'une sorte d'hôpital-école. Là encore, j'ai pour collaborateurs dévoués deux distingués spécialistes, le docteur Cruchet et le docteur Jacquin.

Il existe enfin, dans la capitale de la Gironde, une véritable école de réforme, représentée par la belle colonie agricole organisée par un magistrat, M. Marin, et dont je suis depuis la création médecin consultant, et un pavillon pour anormaux profonds du sexe féminin annexé à l'asile d'aliénées de Château-Picon, où l'enseignement médico-pédagogique est aussi organisé.

Bien que l'heure ne soit pas encore venue de se prononcer en connaissance de cause, je crois pouvoir dire d'ores et déjà que ces diverses créations, tout en paraissant s'adapter très exactement aux diverses catégories d'anormaux, ne constituent pas l'idéal de l'éducation et de l'assistance de ces malades et ne doivent être considérés que comme une étape vers une organisation meilleure.

La classe spéciale, qui ne retient les anormaux que durant quelques heures de la journée, les laissant le reste du temps dans leur famille où hygiéniquement, moralement, alimentaires même, ils sont souvent si mal placés, ne saurait valoir l'Ecole-Internat, de préférence à la campagne. D'autre part le pavillon d'anormaux annexé à un asile d'aliénés, pour lequel penche M. Charon, se heurte à des difficultés de toute sorte, provenant de la législation, de la répugnance des familles, de l'encombrement des asiles, de l'organisation méthodique de tout un traitement spécial avec classes, ateliers, travaux agricoles, etc., etc., et on ne peut guère espérer voir entrer dans ce pavillon d'asile d'aliénés que des anormaux profonds, c'est-à-dire des dégénérés inférieurs.

Je crois que l'idéal, c'est de réaliser pour les anormaux psychiques ce qu'on a déjà réalisé pour les anormaux sensoriels, aveugles et sourds-muets, c'est-à-dire l'Institution spéciale, autonome, qui a donné et qui donne, pour ces anormaux sensoriels, de si excellents résultats.

La ville où le département qui le premier créera en France une Institution de ce genre, où seront admis tous les anormaux psychiques, à quelque degré et à quelque forme qu'ils appartiennent, et où le médecin, le pédagogue, le chef d'atelier et le chef de culture collaborerait en une étroite solidarité, aura réalisé d'emblée le maximum du progrès en ce qui concerne l'éducation et l'assistance des enfants anormaux.

Il ne s'agit pas là d'une utopie, d'un rêve en l'air, car cette création dont je parle, cette institution spéciale que je préconise existe déjà à l'étranger, qui, en fait d'assistance, particulièrement en fait d'assistance des anormaux, nous a déjà depuis si longtemps devancés.

J'en ai visité quelques-unes, notamment celle de Larbert, dans le Stirlingshire, en Ecosse, qui contient près de 300 anormaux psychiques de 2 ans 1/2 à 16 ans, et qui est magnifiquement installée.

Ce qui s'est fait ailleurs, nous pouvons, nous devons le faire, dans des conditions meilleures même encore, et il est impossible que dans le pays de Séguin et de Bourneville, deux noms qui resteront inséparables dans l'histoire de l'assistance médico-pédagogique des anormaux psychiques, nous restions longtemps encore en retard sur les étrangers.

M. Ch. RICHET fils. — L'âge d'entrée du malade à l'hôpital médico-pédagogique doit être fixé à deux ans (ou deux ans et demi), et non pas à six ans. A ce moment, en effet, on peut déjà commencer l'éducation physique, qui doit précéder l'éducation pédagogique. L'âge de sortie (si l'enfant sort définitivement de l'hôpital-école), ne doit pas être fixé, d'une façon absolue, à seize ans, mais dépend de l'âge scolaire des enfants. Tel enfant peut sortir à quinze ans, tel autre à dix-sept ou dix-huit ans. Il faut avant de porter de façon ferme le diagnostic d' incurabilité, avoir suivi pendant plusieurs années l'enfant. En effet, dans plusieurs observations, l'amélioration ne s'est prononcée de façon précise qu'après quatre ans de traitement, poursuivi malgré un échec apparent.

Des photographies poursuivies d'âge en âge permettent de constater que le traitement médico-pédagogique améliore de nombreux malades; le résultat peut être suffisant pour que ces individus arrivent à gagner leur vie.

M. BOURNEVILLE (de Paris). — C'est depuis 1884 que je mène la campagne en faveur de l'assistance et de l'éducation des idiots. Je crois avoir prouvé qu'ils étaient, en partie, susceptibles d'amélioration, et qu'on peut les rendre, pour le moins, utiles à eux-mêmes. Le but des efforts doit être d'apprendre à ces enfants un travail manuel, pour permettre de les utiliser dans une certaine mesure.

Quant à l'âge d'entrée, c'est la ville de Paris qui l'a fixé à deux ans, et, de fait, plus l'enfant entre tôt, plus il a de chances de s'améliorer. Pour ce qui est de la date de la sortie, elle doit être basée, non sur l'âge de l'enfant, mais sur son développement, qui seul permet de le classer dans les adultes.

Tous les efforts seront stériles, si l'enfant n'est pas ultérieurement surveillé, soutenu, protégé, par un patronage. C'est la chose capitale, essentielle, et jusque-là nos efforts en vue d'organiser ces patronages n'ont pas été couronnés de succès. Aussi, je profite de la présence des dames qui assistent à cette séance, pour leur demander leur bienveillant concours pour protéger ces malheureux enfants.

RÉPONSE DU RAPPORTEUR

M. CHARON (d'Amiens). — On vient de m'objecter que parmi les anormaux d'écoles, il y a des enfants plus insociables que les dégénérés et que tous les anormaux d'écoles ne sont pas des arriérés. Je ne le conteste pas et j'admets qu'il ne faut attacher qu'une valeur relative aux termes de *sociable* et d'*arriéré*; mais en pratique, et pour les nécessités du classement, ces termes m'ont paru nécessaires.

Je me rallie très volontiers aux divisions proposées par M. Régis : les *anormaux d'école* et les *anormaux d'assistance*.

En ce qui concerne l'assistance familiale, je répondrai à M. Grandjux que les observations si intéressantes qu'il vient de nous communiquer ne peuvent qu'engager à poursuivre les expériences déjà commencées.

J'ai fixé le terme de 6 ans pour l'admission des enfants dans les établissements spéciaux; mais cette limite n'est pas absolue et j'admets avec MM. Bourneville et Richet qu'elle peut être modifiée suivant les indications individuelles.

Quant à l'incorporation des enfants anormaux d'assistance dans le régime légal et hospitalier des aliénés, j'ai la conviction profonde que cette façon de procéder est la plus nécessaire pour l'amélioration de l'assistance et du traitement des aliénés et des enfants anormaux. Mais ce doit être sous le régime d'une loi nouvelle, élargie et d'un esprit nouveau, d'une véritable loi d'assistance, et non d'une loi de police.

A MM. Terrien et Roubinovitch qui s'élèvent avec une conviction que je partage contre les grosses agglomérations d'enfants dans les établissements spéciaux, je réponds en affirmant qu'au moins provisoirement, comme le concède M. Régis, le meilleur moyen, le plus sûr, d'empêcher la formation de ces grosses agglomérations, c'est de rapprocher de l'asile les services de traitement des anormaux dans chaque département, ce moyen devant conduire à la réunion d'une centaine d'enfants environ.

A la suite de cette discussion, M. le docteur Tessier a proposé le vœu suivant qui a été adopté :

Le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes réunis à Dijon émet le vœu qu'il soit créé dans chaque chef-lieu de département une école de perfectionnement pour enfants anormaux.

COMMUNICATIONS DIVERSES

I

NEUROLOGIE

I. Syndrome Spasmodique portant sur les muscles de la vie végétative chez un Épileptique, par MM. DROMARD et DALMAS (de Clermont, Oise).

Observation d'un malade qui présentait de la rétention intestinale et vésicale, de l'hyperhydrose, de la suffocation, etc. Les auteurs considèrent ces phénomènes comme des équivalents de la crise comitiale.

II. Étude sur un cas d'Apraxie complète, par M. DROMARD (de Clermont, Oise).

Discussion : MM. DENY et DUPRÉ.

III. Le signe d'Argyll dans le Tabes, par MM. MAURICE FAURE et G. DESVAULX (de La Malou).

Le signe d'Argyll a été regardé, parfois, comme un symptôme d'une importance exceptionnelle dans le tabes, le prétabes et les manifestations cérébro-spinales de la syphilis. En réalité, ce signe ne semble pas avoir la constance, ni peut-être l'importance exceptionnelle qu'on lui a attribuées. Divers auteurs ont, récemment, signalé qu'il pouvait manquer complètement, ou n'exister qu'à une seule des pupilles (Babinski, Ballet, Cestan, Eichhorst, Treupel, Mantoux, Milian, Rochon, DuVigneaud, Heitz, etc.)

Le signe d'Argyll est la persistance du réflexe iridien à la distance, avec abolition de ce réflexe à la lumière. Nous avons examiné 200 tabétiques à ce point de vue spécial : 17 n'avaient pas le signe d'Argyll. Nous avons choisi pour cette

étude des observations de tabétiques typiques, à symptômes grossiers et certains. Tous avaient des commémoratifs avoués de syphilis, et cette affection, ainsi que le tabes, avait été antérieurement diagnostiquée par d'autres médecins (Raymond, Ballet, Babinski, Brissaud, Burlureaux, Leredde, Nageotte, de Paris; Pitres, Bergonié, Régis, Abadie, de Bordeaux; Perrin, de Marseille; Dubois, de Berne, etc.).

Dans un cas, le signe d'Argyll n'existait qu'à une seule des pupilles; dans un cas, ce signe avait existé, puis disparu; dans un cas, nous avons constaté des pupilles irrégulières; dans 2 cas, un réflexe paradoxal à la lumière (pupille agrandie lorsqu'on projette un faisceau lumineux); dans un cas, les réflexes, anormaux d'un côté, étaient restés normaux, ou à peu près, de l'autre côté; dans 4 cas, il y avait seulement ralentissement ou diminution des réflexes pupillaires; enfin, dans 7 cas, l'examen des pupilles n'a révélé aucune modification nette de la réflectivité.

En résumé, les perturbations des réflexes iridiens existent dans presque tous les cas de tabes; mais le signe d'Argyll proprement dit manque dans 8 pour 100 des cas environ.

On peut donc admettre que le signe d'Argyll reste, avec les troubles vésicaux, l'abolition du réflexe patellaire et les douleurs fulgurantes, l'un des quatre signes cardinaux du tabes, et que les troubles pupillaires demeurent le symptôme le plus précieux des accidents cérébro-spinaux de la syphilis, particulièrement du tabes.

Mais on peut avoir à faire un diagnostic de tabes sans signe d'Argyll, peut-être même sans trouble pupillaire.

IV. Formule pour le Traitement de la Crampe des Écrivains, par M. HENRY MEIGE (de Paris).

Il ne s'agit pas d'une formule médicamenteuse, mais d'une formule mnémotechnique, permettant de condenser brièvement les conseils indispensables à donner aux sujets atteints de crampes des écrivains. Cinq monosyllabes la résument :

Peu, lent, rond, gros, droit.

Les sujets atteints de crampes des écrivains doivent se conformer aux règles suivantes pour l'écriture :

1° Ils doivent écrire *peu*. — Au début même, il est nécessaire qu'ils s'abstiennent complètement d'écrire pendant un mois au moins. Par la suite, ils doivent éviter d'écrire pendant une longue durée.

2° Ils doivent écrire *lentement*. — L'écriture hâtive favorise en effet la production de la crampe des écrivains, surtout lorsqu'il s'y ajoute la *préoccupation* d'exécuter la tâche graphique le plus hâtivement possible. Les malades doivent soigneusement s'abstenir d'écrire dans toutes les circonstances où ils peuvent avoir cette préoccupation.

3° Ils doivent écrire *rond*. — L'écriture *arrondie* (qui n'est pas nécessairement l'écriture dite « en ronde ») exige en effet le concours d'actes musculaires moins rapides, plus variés. Dans cette forme graphique un plus grand nombre de muscles entrent en jeu (et ces muscles ne sont pas seulement ceux de la main et de l'avant-bras, mais aussi ceux du bras et de l'épaule). On évite ainsi les

contractions limitées à un seul groupe musculaire, contractions qui par leur répétition précipitée déterminent rapidement la fatigue.

Or, les sujets atteints de crampe des écrivains ont le tort d'employer généralement une écriture penchée et anguleuse qui exige une activité incessante et presque exclusive des extenseurs et des fléchisseurs des doigts. En adoptant une *écriture arrondie*, ils diminuent la fatigue de ce groupe musculaire.

4° Ils doivent écrire *gros*. — Les mouvements graphiques de plus grande amplitude s'opposent à la trop grande fréquence des alternatives de contraction et de décontraction qui est une des causes principales de fatigue.

5° Ils doivent écrire *droit*. — Dans l'écriture droite en effet la main est ramenée en dedans, position infiniment moins fatigante que la déviation en dehors nécessaire pour l'écriture penchée.

L'auteur insiste sur le rôle étiologique capital de la *preoccupation d'écrire vite*, qui contribue beaucoup plus à la production de la crampe des écrivains que le fait même d'écrire rapidement. La crampe des écrivains est en effet un trouble psycho-moteur, dans lequel le surmenage, la fatigue de certains groupes musculaires est un élément étiologique incontestable, mais où la préoccupation mentale est une autre condition étiologique non moins importante.

Il rapporte l'observation d'un sujet qui fut atteint d'abord d'une crampe des écrivains de la main droite, puis, plus tard, d'une « crampe des dactylographes » de la main gauche, et qui par surcroît eut une « crampe des pianistes » pour les deux mains.

A ce propos, il fait remarquer que les crampes professionnelles ne sont pas généralement limitées à un seul acte moteur; la difficulté motrice se retrouve chez le même sujet dans d'autres actes fonctionnels.

V. Mesure du Tonus musculaire à l'aide d'un Myotonomètre de l'auteur, par M. HARTENBERG (de Paris).

Cet appareil consiste essentiellement en un compas d'angle qui mesure l'angle d'extension forcée de la main sur l'avant-bras produit par une traction égale au dixième de la force dynamométrique. Grâce à un dispositif spécial, les conditions d'expérience sont identiques chez tous les individus et les chiffres obtenus ont une valeur absolue applicable à tous.

En mesurant les variations du tonus musculaire à l'état physiologique et dans les états pathologiques, on constate que : 1° le tonus est toujours plus élevé le matin que le soir; 2° le tonus diminue sous l'influence de la fatigue générale; 3° le tonus augmente d'abord par le travail et la fatigue locale du muscle, puis retombe au bout de quelques instants; 4° l'allongement d'un muscle diminue son tonus; 5° la faradisation augmente le tonus; 6° les bains chauds, la strychnine, la caféine agissent de même; 7° enfin le tonus musculaire n'a aucune relation directe avec la force dynamométrique.

Pour les états pathologiques, le tonus est augmenté dans le tabes spasmodique, la sclérose en plaques, les contractures, etc.; il est abaissé dans les myopathies, les névrites, le tabes, l'hémiplégie flasque, la chorée, etc.

VI. La Migraine, névralgie paroxystique du Sympathique cervical, par M. HARTENBERG (de Paris).

La migraine est une névrose vasculaire dont la douleur est localisée sur les trajets artériels, et qui paraît due à une irritation du sympathique cervical.

On explique en général la douleur par un spasme vasculaire qui écrase les terminaisons sensibles des parois artérielles. Cette douleur est due en réalité à l'irritation primitive du sympathique; variations vasculaires et sensations douloureuses ne sont pas consécutives, mais seulement associées. Cette théorie permet de comprendre que certaines vaso-constrictions intenses ne soient pas douloureuses et s'applique également aux deux formes vaso-spastiques et vasodilatatrices de l'hémicranie. Les causes de l'irritation du sympathique sont variables et encore très obscures : infections, intoxications, etc. Pourtant l'auteur, dans une catégorie de migraine qu'il a décrite, a pu nettement la rattacher à une infiltration rhumatismale des muscles du cou, et la preuve de cette origine est que les accès disparaissent quand le rhumatisme cervical a été guéri par le massage ou le courant continu.

VII. Neurasthénie et Psychasthénie, par M. HARTENBERG (de Paris).

Depuis la publication de l'ouvrage de P. Janet, l'auteur s'est appliqué à contrôler sur les malades la conception de la psychasthénie. Or, par ses observations, il ne croit pas que la psychasthénie mérite d'être considérée comme une maladie autonome, car elle n'est constituée, en réalité, que par une association d'un état mental décrit depuis longtemps dans la dégénérescence (scrupules, doutes, phobies, impulsions, etc.), et des symptômes neurasthéniques (fatigues, incomplétude, insuffisances intellectuelles, etc.).

La psychasthénie ne serait donc qu'une combinaison de tares dégénératives avec un état neurasthénique constitutionnel ou acquis. Toutefois, il est vrai, comme le prétend M. Janet, que l'intensité des troubles mentaux est en rapport avec l'abaissement de la tension nerveuse. Mais cet abaissement ne fait que mettre en valeur et exagérer les troubles mentaux préexistants sans les créer, en vertu d'une loi pathogénique qu'on peut formuler en ces termes : « L'état de dépression nerveuse exagère toutes les tendances anormales ou morbides du caractère. »

Tout en rendant hautement hommage aux remarquables analyses psychologiques de Janet, l'auteur ne peut donc accepter la synthèse de la psychasthénie.

M. E. DUPRÉ (de Paris). — La psychasthénie n'est pas une entité morbide, mais une conception tout artificielle où l'on retrouve la plupart des troubles psychopathiques décrits depuis longtemps par les anciens aliénistes.

M. RÉGIS (de Bordeaux). — Je suis entièrement de l'avis de M. Hartenberg et de M. Dupré et je crois que la *psychasthénie*, tout comme ce que nous appelions auparavant la *cérébrasthénie*, ne constitue pas une maladie à part et n'est autre chose que la forme psychique de la neurasthénie. La meilleure preuve qu'on en puisse donner, c'est que dans toute neurasthénie, si corporelle qu'elle paraisse, il y a un état mental dont les particularités, en y regardant de près, ne sont pas autre chose que le rudiment des grands symptômes psychiques de la psychasthénie, qu'on considère à tort comme lui appartenant en propre. Dans l'une comme dans l'autre et à des différences de degré près, on trouve de l'adynamie psychique, de la tendance à l'inquiétude, à l'anxiété, à la nosophobie, aux idées obsédantes, à la désagrégation de la personnalité.

VIII. Les Empoisonneurs : étude de Psychologie criminelle, par MM. ERNEST DUPRÉ et RENÉ CHARPENTIER (de Paris).

Le crime d'empoisonnement est sept fois sur dix l'œuvre de la femme et pourtant, dans la statistique des attentats contre les personnes, le sexe féminin ne figure que deux fois sur dix. Ce crime essentiellement féminin est parfois commis par l'homme et à l'histoire des empoisonneuses, exposée par l'un des auteurs, s'impose comme une suite naturelle l'étude des empoisonneurs.

Parmi ces criminels, on trouve quelques aliénés (mélancolie, paralysie générale). L'absence, paradoxale au premier abord, des persécutés, parmi les empoisonneurs des deux sexes, s'explique par la psychologie du persécuté, dont les réactions de défense et de vengeance, presque toujours annoncées d'avance et le plus souvent brutales et violentes, diffèrent de la préparation et de l'exécution de l'empoisonnement, assassinat hypocrite, sournois et dissimulé.

La plupart des autres empoisonneurs présentent les mêmes tares psychiques que les empoisonneuses : déséquilibre intellectuel, insensibilité affective et morale, mythomanie (mensonge, simulation et dissimulation, mimétisme, fabulation), altérations instinctives (vanité, malignité, perversité, cupidité).

Le féminisme psychique de ces criminels concorde avec les enseignements de la statistique et explique la rareté chez l'homme de l'empoisonnement, presque réservé à la criminologie féminine. Il s'allie chez le célèbre empoisonneur Desrués à un féminisme physique qui complète la physionomie féminine du crime d'empoisonnement.

Dans tout crime d'empoisonnement s'imposent l'expertise médico-légale et des mesures particulières de protection sociale.

M. Régis (de Bordeaux). — La très intéressante étude que MM. Dupré et René Charpentier viennent de résumer devant nous m'amène à une réflexion :

Les empoisonneuses que j'ai pu voir, en particulier la fameuse empoisonneuse de Saint-Clair, étaient manifestement des déséquilibrées, mais des déséquilibrées d'une espèce particulière, je veux dire des déséquilibrées hystériques. Or, je suis frappé de voir combien ce que nous disent MM. Dupré et René Charpentier de la mentalité des empoisonneurs ressemble à celle des empoisonneuses. Je trouve en particulier dans le féminisme de Desrués, dans ses combinaisons machiavéliques, son amour de la duplicité, à la fois très habile et très enfantine, etc., des symptômes qui ressemblent singulièrement à ceux relevés chez nos empoisonneuses et dès lors je me demande si les empoisonneurs, ou tout au moins certains empoisonneurs, ne sont pas, comme nos empoisonneuses, des hystériques en même temps que des déséquilibrés.

M. E. Dupré (de Paris). — Nous ne nions pas que l'hystérie existe chez beaucoup d'empoisonneuses et notamment chez celles qu'a si bien étudiées M. Régis ; mais l'hystérie n'existait pas chez nos empoisonneurs et rien n'autorise à la soupçonner chez Desrués. En tout cas, que l'hystérie existe ou n'existe pas chez les empoisonneurs, elle ne joue, à notre avis, aucun rôle dans le déterminisme de leurs crimes : ceux-ci apparaissent comme le produit spécial de tendances malignes, perverses et cupides de leurs auteurs, servies par une mentalité anormale où dominent le déséquilibre intellectuel, l'anesthésie affective et morale, la mythomanie, etc. L'hystérie, stigmate de dégénérescence, s'allie souvent à ces tares, mais à titre d'association morbide et non pas à titre de facteur pathogénique du crime. Je n'insiste pas sur une discussion subordonnée à la définition de l'hystérie.

L'état mental de cette psycho-névrose ne comporte selon nous ni les perversions instinctives, ni les tendances criminelles, ni les aptitudes mythopathiques que nous constatons chez nos empoisonneurs.

M. ARCHAMBAULT (de Tours). — L'hystérie se retrouve chez un grand nombre de sujets qui commettent des actes d'empoisonnement. J'en ai vu pour ma part deux exemples

très nets. Outre le cas de l'empoisonneur de Blois, cité par MM. E. Dupré et René Charpentier, j'ai eu l'occasion d'observer une femme qui avait essayé de se donner la mort après avoir tenté d'empoisonner ses trois enfants. Cette femme était manifestement hystérique.

M. HENRY MEIGE (de Paris). — Je demanderai à M. Archambault sur quoi était basé son diagnostic d'hystérie dans les cas qu'il a en vue.

M. ARCHAMBAULT (de Tours). — La malade s'était fait remarquer dès sa jeunesse par son mauvais caractère, son irascibilité, ses inconséquences. Son examen a révélé la présence des stigmates de l'hystérie.

M. HENRY MEIGE (de Paris). — La malade de M. Archambault pouvait être une psychopathe. Mais un diagnostic d'hystérie ne se base pas sur la seule constatation de troubles du caractère. On ne saurait assez le répéter, pour éviter de regrettables erreurs médico-légales.

Pour ce qui est des stigmates, considérés autrefois comme pathognomoniques de l'hystérie, il faut aussi répéter qu'aujourd'hui leur valeur diagnostique est contestée par la plupart des neurologistes. Il n'est plus possible d'en faire état comme il y a quelques années, surtout dans un rapport médico-légal. En tout cas, il est désormais indispensable, lorsqu'on signale l'existence de ces prétendus stigmates d'hystérie, d'indiquer avec soin la méthode d'examen employée pour les révéler.

M. GARNIER (de Dijon). — Je suis de l'avis de M. Meige et j'estime que l'on fait trop facilement le diagnostic d'hystérie, ce qui présente, en médecine légale, de nombreux inconvénients.

IX. Du rôle des interventions opératoires gynécologiques dans le traitement du Nervosisme, par M. SCHNYDER (de Berne).

Si nous ne pouvons reconnaître aux affections gynécologiques un rôle causal dans le développement des psychonévroses, nous admettons cependant que, dans certains cas, les fonctions des organes génitaux internes de la femme, même en dehors de toute altération anatomique, peuvent, en raison même de l'état nerveux primitif, être accompagnées de troubles subjectifs susceptibles de donner naissance à des représentations mentales irrationnelles et de renforcer par là les caractères morbides d'une dépression psychique à type hypochondriaque.

Quand le malade ne parvient pas à modifier son état par les voies de la psychothérapie rationnelle, on est autorisé à intervenir chirurgicalement, mais non sans avoir rendu la malade attentive au fait que l'opération ne s'attaque pas à la cause même de son nervosisme et ne vise qu'à supprimer certains symptômes pénibles afin de lui faciliter l'application des moyens psychothérapiques.

X. Du rôle du Traumatisme dans les accidents Hystéro-traumatiques et comment apprécier les dommages-intérêts dans ces sortes d'accidents, par M. TERRIEN (de Nantes).

II

PSYCHIATRIE

XI. Sur la fréquence et la pathogénie de la Microsphygmie chez les Idiots, par MM. BOURNEVILLE, RICHEL fils et SAINT-GIRONS (de Paris).

La microsphygmie a été décrite par M. Variot en 1898. Aux 2 cas de M. Variot et aux 3 cas de MM. Gastou et Emery, nous avons pu joindre 16 observations provenant des malades de la fondation Vallée. Le syndrome de Variot comprenait une triade symptomatique : microsphygmie, idiotie, ichtyose. Pour les auteurs qui ne l'ont rencontrée que dans un cas, l'ichtyose est un phénomène contingent et constitue seulement un des troubles trophiques qu'on rencontre souvent chez les microsphygmiques, tels que double pied varus, absence de luttet, bec-de-lièvre et surtout nanisme, véritable nanisme microsphygmique comparable au nanisme mitral.

L'examen des divers pouls des malades a montré que la microsphygmie s'étend, mais inégalement, à tous les troncs artériels; en étudiant plus spécialement le pouls radial on peut diviser les malades en trois classes : dans la première, le pouls est constamment perceptible, sous forme d'ondée filiforme; dans la deuxième, il ne l'est jamais (asphygmie); dans la troisième, enfin, il l'est de façon inconstante et dans certaines conditions. Le pouls de tous ces malades est, en effet, particulièrement variable suivant la température extérieure et, en général, toutes les causes de dilatation périphérique (inhalation de nitrite d'amyle, etc.).

Au point de vue étiologique, la microsphygmie semble spéciale aux idiots et apparaît dès la naissance. Chez les parents des malades on retrouve presque constamment une infection (tuberculose, syphilis); une intoxication (alcoolisme, saturnisme), ou seulement un degré plus ou moins accentué de nervosisme.

La microsphygmie est non une aplasie artérielle, suite d'artérite fœtale, mais un spasme permanent des tuniques artérielles. Ce spasme est lui-même probablement lié à un trouble sympathique.

XII. Contribution à l'étude de la microcéphalie familiale, par MM. BOURNEVILLE et RICHEL fils.

Crânes et photographies de deux malades issus de père et de mère microcéphales. Il existait dans cette famille une singulière alternance entre les enfants microcéphales et les enfants normaux. La symptomatologie chez l'un et l'autre de ces malades est identique. Même facies simiesque, même conformation crânienne, même diminution de taille, même scoliose, même infantilisme, même débilité du cuir chevelu, mêmes maladies infectieuses, en particulier tuberculose qui les tua l'un et l'autre.

Anatomiquement, même absence de lésions crâniennes et méningées, même conformation et même atrophie cérébrales, portant particulièrement sur les lobes occipitaux.

XIII. Note anatomoclinique sur les malades morts dans le service de la fondation Vallée, en 1907; présentation de quelques crânes et de quelques photographies, par MM. BOURNEVILLE et CHARLES RICHTER fils.

XIV. De quelques-unes des améliorations obtenues par le traitement médico-pédagogique chez les Idiots, par MM. BOURNEVILLE et CHARLES RICHTER fils.

XV. Sur l'œuvre de l'enfance anormale à Lyon et sur les classes de perfectionnement qui ont été ouvertes depuis quelques mois, par M. AUDEMARD (de Lyon).

XVI. Contribution à l'étude des Enfants Anormaux, par MM. BOURNEVILLE et RICHTER (de Paris).

XVII. Contribution à l'anatomie pathologique des différentes formes de l'Idiotie. — Notice sommaire sur les malades, photographies de cerveaux, par MM. BOURNEVILLE et RICHTER fils (de Paris).

XVIII. Deux cas d'Idiotie Microcéphalique familiale. — Ressemblances des malades sémien pendant la vie; malformations analogues des cerveaux, par MM. BOURNEVILLE et RICHTER (de Paris).

XIX. De la Main Idiote; son traitement médico-pédagogique, par M. BOURNEVILLE (de Paris).

XX. Le Nanisme à la Cour des Beys (quelques cas), par M. POROT (de Tunis).

XXI. Trois cas de Fugue chez des Aliénés, par MM. A. JOFFROY et R. DUPOUY (de Paris).

Trois observations de fugues commises par des aliénés dans des circonstances tout à fait différentes; la première est celle d'un obsédé, la seconde celle d'un persécuté, la troisième celle d'un hystérique.

I. — Louis B... est un obsédé constitutionnel présentant toutes les déficiences mentales que l'on a coutume de ranger sous l'étiquette de la psychasthénie; c'est un déséquilibré instable, un aboulique douteur, un hyperémotif anxieux, un déprimé hypocondriaque, en proie à des obsessions multiples ainsi qu'à des phobies.

L'idée de déplacement se fait jour dans son esprit vers l'âge de 6 ou 7 ans; à l'occasion d'une réprimande paternelle, il veut quitter la maison et se faire planteur.

Dès l'année suivante il présente des fugues à caractère obsédant, partant tantôt à pied, tantôt en voiture. La vie errante de navigateur l'attire, mais il trouve encore le moyen de profiter d'un séjour momentané à terre pour accomplir une fugue.

A 18 ans il s'engage; nouvelle fugue; c'est le conseil de guerre; on l'acquitte. Il récidive; l'impulsion tombée, désespéré de son acte, il tente de se suicider; on le réforme.

Depuis ce moment les fugues se succèdent, malgré tous ses efforts pour résister à l'obsession impulsive. Il brise entièrement sa vie, perd l'une après l'autre toutes les situations qu'il a pu acquérir, est obligé d'accepter le divorce, et vient enfin échouer à l'asile.

C'est un malade intelligent qui s'autoanalyse très minutieusement, décrit parfaitement son angoisse, le sentiment qu'il a d'un dédoublement de sa personnalité sous l'influence des deux forces antagonistes en présence, les moyens de défense qu'il a employés vis-à-vis de son idée obsédante, etc.

II. — Henri P... présente un délire de persécution extrêmement riche, avec idées de défense et ébauche d'idées de grandeur, alimenté par des hallucinations multiples.

Sous l'influence de son délire, des voix défensives et conseillères lui suggèrent de fuir et il accomplit une fugue de plusieurs jours qui revêt des allures semi-automatiques. Commandé tantôt par ses hallucinations, tantôt par ses interprétations, il prend un matin, alors qu'il était parti de chez lui sans aucune idée préconçue, successivement un tramway, une voiture, un train à la gare du Nord qui le conduit à Calais, un bateau qui le mène à Douvres. Il revient le même jour à Paris, mais avant l'arrêt du train il saute sur la voie, court et monte dans un autre train en partance. Il arrive ainsi à Arras après avoir changé plusieurs fois de train et de compartiment. N'ayant plus d'argent, il continue sa fugue à pied et se fait arrêter pour vagabondage. Il parvient enfin après de multiples péripéties à regagner Paris et à reprendre sa vie habituelle.

III. — La troisième observation peut s'intituler : état second ayant duré quatorze jours avec automatisme ambulateur et transformation de la personnalité; antérieurement accès d'automatisme ambulateur ayant duré cinq jours; ultérieurement, nouvel accès de six jours coupé par le retour à l'état de veille pendant une demi-journée, est arrêté et conduit au poste de police sous l'inculpation de grivèlerie. Là il paraît si bizarre qu'on le fait interner.

A l'asile il prétend se trouver à Rouen à l'hôtel des Trois-Empereurs, où il serait descendu la veille en compagnie de son frère venant du Havre en voiture. Il dit s'appeler Albert L..., n'exercer aucune profession et demeurer au Havre avec son frère, un propriétaire multi-millionnaire à qui il écrit sur notre demande de venir le chercher.

Il est en état second. Quelques jours après, en effet, il se réveille et nous raconte alors une toute autre histoire. Il ne s'appelle pas Albert L... mais

Ernest D..., il est représentant de commerce et ne possède aucune fortune. Il a bien un frère, mais qui est dans la misère; ce frère a présenté des attaques convulsives qualifiées d'épilepsie et s'est livré comme lui à des fugues inconscientes; une sœur est morte après avoir eu des attaques étiquetées également épileptiques.

D... offre une amnésie complète portant sur une période de 14 jours pendant lesquels il a vécu d'une façon tout automatique; son écriture est entièrement différente de celle qu'il nous a donnée en état second. Quelques années auparavant, il avait accompli une fugue analogue et s'était réveillé dans un hôtel à Marseille.

Enfin, après être sorti de l'asile où il avait été conduit après sa deuxième fugue, il en accomplit une troisième pareillement inconsciente et amnésique; il se réveille en pleine nuit, en train de marcher au milieu de bois qui lui sont totalement inconnus; il se trouve dans la forêt de Marly; il n'a jamais su comment il y était venu.

Les auteurs discutent, au sujet de cette observation des plus curieuses, l'automatisme ambulateur de nature alcoolique, épileptique et hystérique, et se rangent finalement à ce dernier diagnostic.

Voilà donc, au résumé, trois actes, trois fugues très dissemblables l'une de l'autre. Il ne faut pas, en effet, maintenir le type clinique de la fugue dans un cadre trop étroit, mais l'on doit reconnaître à celle-ci la valeur d'un symptôme mental susceptible d'être rencontré, comme le mutisme, le refus d'aliments ou le gâtisme, dans une foule de psychopathies avec une signification et un intérêt diagnostique essentiellement variables.

III

ASSISTANCE

XXII. Projet de création d'un musée réservé aux manifestations artistiques des aliénés, par M. PAILHAS (d'Albi).

J'ai l'honneur de proposer au Congrès d'émettre un vœu en faveur de la création, quelque part, d'un musée ou d'une section de musée réservés à des manifestations d'art émanant de nos aliénés.

Chacun de nous a maintes occasions de collectionner des œuvres de cet ordre et leur rassemblement ne pourra que mieux se prêter à l'étude de l'art morbide.

A vouloir nosologiquement classer les malades qui, dans ma sphère d'observation, se sont signalés par des dispositions plus ou moins artistiques, je distinguerais :

1° Des dégénérés à mentalité débile et généralement plus pervertie que délirante. Parmi eux se rencontrent des tatoueurs, des imagiers sur murs, etc., dont la composition habituellement fort vulgaire, souvent obscène, se borne à traduire des tendances déréglées, orgueil, érotisme, mysticisme, etc. ;

2° Des fous circulaires en période d'exaltation. Certains de ces malades, doués d'éducation générale et de quelques aptitudes artistiques antérieures, ont parfois donné des œuvres assez remarquables et spécialement originales ou même étranges quant au fond et à la forme ;

3° Des maniaques chez lesquels la verve artistique s'est montrée soumise, là aussi, à des processus périodiques, quelle que fût l'apparente continuité du délire. Plus qu'ailleurs, la composition portait, en ces cas, l'empreinte de ce délire. Souvent l'originalité des conceptions et l'originalité de l'exécution permettaient d'en exclure la démence, tout au moins dans ses degrés avancés ;

4° Des démences constituées. Ici s'accusait manifestement un retour vers l'art infantile, vers les stéréotypies, les compositions déformées, incohérentes et hiéroglyphiques. Ce n'est que par accident, et lorsque le malade avait été un praticien de l'art, que l'on a pu voir se reproduire des travaux de quelque valeur, grâce à l'exercice automatique des aptitudes anciennes ;

5° Des démences précoces et paralytiques aux périodes d'exaltation initiales.

XXIII. La situation des aliénés dans les hôpitaux coloniaux, par M. SIMON (de Dijon).

Dans les hôpitaux coloniaux, les aliénés n'ont pas de locaux appropriés à leur genre de maladie. Aussi le traitement est très difficile.

D'autre part, les compagnies de navigation refusent de laisser embarquer les aliénés, surtout lorsqu'ils sont agités, de sorte que ceux-ci sont condamnés à rester dans les hôpitaux coloniaux où la chaleur ne fait qu'aggraver leur état.

Dans le pays de Pinel, un semblable état de choses ne doit pas exister.

Dans l'intérêt des malades, aussi bien que pour l'honneur de l'humanité, il doit cesser.

M. RÉGIS (de Bordeaux). — Je me permets de souligner l'importance de la question que vient de traiter M. Simon et sur laquelle j'ai moi-même, à diverses reprises, appelé l'attention, soit avec le Dr de Ribier dans le *Caducée*, soit dans mon *Précis de Psychiatrie*.

Il est honteux que la France, dont le domaine colonial est aujourd'hui si considérable, n'y ait rien fait en vue de l'hospitalisation et du traitement des aliénés, alors que les autres pays, comme l'Angleterre et la Hollande, ont organisé depuis longtemps, dans toutes leurs colonies, une assistance effective de ces malades, sous forme de quartiers d'hospice ou d'asiles spéciaux, destinés aux indigènes comme aux métropolitains, civils et militaires. Il suffit de lire l'article que j'ai publié avec mon élève et ami le Hollandais Salin, dans l'*Encéphale*, pour voir comment les choses marchent et fonctionnent à cet égard, à l'île de Java.

Non seulement nous n'avons pas d'asiles d'aliénés dans nos colonies, mais encore, comme l'a rappelé M. Simon, nous ne possédons aucune organisation permettant de rapatrier nos aliénés coloniaux à bord des grands paquebots, qui les refusent, tandis que cette organisation existe, elle aussi, à l'Etranger.

Il y a là plus qu'une lacune grave, il y a un véritable danger, car la France peut être appelée à soutenir une guerre dans l'une de ses possessions lointaines. Que ferait-elle alors de la multitude de délirants qui surgiraient au cours de la campagne et surtout des grandes batailles, terrestres ou maritimes ? L'exemple de la Russie est là pour nous montrer dans quel embarras peut se trouver un pays, dans l'impossibilité à la fois de

traiter sur place ces victimes cérébrales de la guerre et de les rapatrier au loin, dans la Métropole.

Je demande donc, puisque la question vient d'être posée dans notre Congrès, que nous émettions un vœu formel en vue de remédier le plus promptement possible à l'état de choses si défectueux et si dangereux qui vient d'être signalé.

M. HENRY MEIGE (de Paris). — Un de nos prochains congrès se tiendra probablement à Tunis; le moment sera alors bien choisi pour étudier cette question justement alarmante de la situation des aliénés dans les colonies.

Le Congrès, réuni à Beaune, le vendredi 7 août, a adopté à l'unanimité le vœu suivant, présenté par M. RÉGIS en son nom et au nom de M. SIMON :

« Le Congrès des Aliénistes et Neurologistes français et des pays de langue française, réuni à Dijon, émet le vœu :

1° *Qu'il soit créé et organisé, dans le plus bref délai possible, dans toutes les colonies françaises, des établissements d'aliénés pourvus de médecins spécialisés, destinés à la population indigène et à la population européenne, militaire ou civile, comme il en existe dans les colonies des pays étrangers.*

2° *Qu'il soit immédiatement créé et organisé, dans les meilleures conditions possibles, comme cela existe à l'étranger, des modes de transport pour le rapatriement des aliénés français de nos colonies.*

Le gérant : P. BOUCHEZ.

... dans la
... que nous
l'état de

... lement à
l'armement

... le vœu
... langue

... des colo-
... destinés
... comme il

... as possi-
... nent des

7.

4.